

MORBILIDAD MATERNA EN USUARIAS INASISTENTES AL PROGRAMA DE
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN EL
CENTRO DE SALUD VILLA MARGARITA- ESE CAMU EL AMPARO DE
MONTERIA, 2012.

MERGUIS CASTELLAR ESCOBAR

NANY GAITÁN VÁSQUEZ

ESTUDIANTES

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2013

MORBILIDAD MATERNA EN USUARIAS INASISTENTES AL PROGRAMA DE
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN EL
CENTRO DE SALUD VILLA MARGARITA- ESE CAMU EL AMPARO DE
MONTERIA, 2012.

MERGUIS CASTELLAR ESCOBAR

NANY GAITÁN VÁSQUEZ

ESTUDIANTES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO

Asesor metodológico

NURY JIMENEZ VERGARA

Asesora temático

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2013

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería 21 Enero 2013

Dedicatoria

A Dios por todas y cada una de las bendiciones que nos brinda cada día, entre ellas la oportunidad de haber desarrollado esta investigación a pesar de las adversidades.

Dedicado a nuestros padres por su apoyo integral e incondicional durante el desarrollo de esta investigación, y por haber mostrado interés ante la realización del trabajo de grado.

Agradecimientos

A Dios por permitir que las puertas de la institución de salud estuvieran abiertas para iniciar el desarrollo de esta maravillosa investigación.

Al Dr Álvaro Sánchez Caraballo y la Docente Nury Jiménez Veragara directores de este trabajo de grado porque sin su colaboración y apoyo constante no hubiese sido posible la realización del mismo, y por saber transmitirnos el entusiasmo necesario para seguir avanzando en este campo.

A la ESE CAMU el Amparo por permitir el desarrollo de la investigación con la utilización de las historias clínicas y la base de datos del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo.

A nuestros padres por su apoyo físico, moral y económico durante el proceso de desarrollo de la investigación, y por haber estado con nosotras en los momentos más difíciles de esta.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 GENERAL	14
2.2 ESPECÍFICOS	14
3. MARCO REFERENCIAL	15
3.1 MARCO CONCEPTUAL	15
3.1.1 Programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo	17
3.1.2 Control prenatal	18
3.1.3 Inasistencia al control prenatal	20
3.1.4 Morbilidad materna	23
3.2 MARCO HISTÓRICO	30
3.3 MARCO TEMPORAL-ESPACIAL	34
3.4 MARCO LEGAL	37
4. METODOLOGÍA	38
4.1 TIPO DE ESTUDIO	38
4.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO	38
4.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	38
4.3.1 Población	38
4.3.2 Muestra	38
4.3.3 Muestreo	38
4.3.4 Criterios de inclusión	38
4.2.5 Criterios de exclusión	39
4.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	39
5. ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	41
6. CONCLUSION	71
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXO A	79

ANEXO B	80
ANEXO C	85
ANEXO D	86

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la morbilidad materna según la edad	46
Tabla 2. Distribución de la morbilidad materna según la ocupación	47
Tabla 3. Distribución de la morbilidad materna según el estado civil	48
Tabla 4. Distribución de la morbilidad materna según el nivel escolaridad	49
Tabla 5. Distribución de la morbilidad materna según la seguridad social	50
Tabla 6. Distribución de la morbilidad materna según el lugar de residencia	51
Tabla 7. Distribución de la morbilidad materna según antecedentes personales	52
Tabla 8. Distribución de la morbilidad materna según el Tratamiento recibido durante la gestación actual	53
Tabla 9. Distribución de la morbilidad materna según los antecedentes Familiares	54
Tabla 10. Distribución de la morbilidad materna según gestaciones	56
Tabla 11. Distribución de la morbilidad materna según partos anteriores	56
Tabla 12. Distribución de la morbilidad materna según cesáreas anteriores	57
Tabla 13. Distribución de la morbilidad materna según abortos anteriores	58
Tabla 14. Distribución de la morbilidad materna según el periodo intergenésico	58
Tabla 15. Distribución de la morbilidad materna según las complicaciones durante el parto	59
Tabla 16. Distribución de la morbilidad materna según la edad de la menarquía	60
Tabla 17. Distribución de la morbilidad materna según la planificación familiar antes del embarazo	61
Tabla 18. Distribución de la morbilidad materna según los exámenes clínicos durante el control prenatal	62

Tabla 19. Distribución de la morbilidad materna según la captación de la embarazad	64
Tabla 20. Distribución de la morbilidad materna según el trimestre de captación de la embarazada	65
Tabla 21. Distribución de la morbilidad materna según las citas cumplidas durante el embarazo actual	66
Tabla 22. Distribución de la morbilidad materna según el número de inasistencias al control durante el embarazo actual	67
Tabla 23. Distribución de la morbilidad materna según la demora 1 (demora en reconocer el problema)	68
Tabla 24. Distribución de la morbilidad materna según la demora 2 (demora en decidir buscar ayuda)	69
Tabla 25. Distribución de la morbilidad materna según las remisiones durante el embarazo	70
Tabla 25. Distribución de la morbilidad materna según las remisiones durante el embarazo	
Tabla 26. Distribución de la morbilidad materna según las causas de remisiones durante el embarazo.	71
Tabla 27. Distribución de la morbilidad materna según la gestación de riesgo inminente	73
Tabla 28. Distribución de la morbilidad materna según la gestación con riesgo alto	74

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo a. Informe de prueba piloto.	82
Anexo b. Encuesta.	84
Anexo c. Cuatro demoras	89
Anexo d. Clasificación de riesgo de la gestante.	91

SIGLAS

DG: Diabetes Gestacional

DTAE: Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

FIGO: Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología

OMS: Organización Mundial de la Salud

HTAC: Hipertensión Arterial Crónica

IVUS: Infección de Vías Urinarias

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

INTRODUCCIÓN

Ser madre es uno de los acontecimientos mas importantes en la vida de una mujer, debido a que en este proceso se despiertan emociones fuertes que generan un estado de bienestar y felicidad tanto para la madre como para la familia, sin embargo, esta condición de embarazo trae consigo riesgos que pueden ser definitivos para la vida de la madre y el producto. Teniendo en cuenta, que la mujer en este proceso atraviesa diferentes etapas a través de las cuales se experimentan cambios importantes para el desarrollo de una gestación y un parto en buenas condiciones, se debe tener en cuenta que así mismo, la gestante puede desarrollar complicaciones que la llevarían a un estado de morbilidad materna, lo cual puede aumentar el riesgo para la salud de la madre y el producto.

Actualmente en Colombia la problemática de la Morbimortalidad materna ha ido en aumento, destacándose así el departamento de Córdoba, el cual en la actualidad presenta un alto porcentaje de muertes maternas a diferencia del resto de departamentos. Esto se ha convertido en una alerta para los servicios de salud, donde se crean estrategias que buscan minimizar el número de muertes en los hospitales, clínicas y centros de atención primaria.

Por consiguiente, se implementan actividades de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, como instrumento para prestar atención de calidad en los servicios de atención materna, pero, a pesar de todas estas acciones existentes se presentan falencias que pueden limitar el logro de los objetivos que pretende alcanzar el programa, debido a múltiples factores, dentro de los cuales se encuentra la inasistencia de esta población al mismo, situación que puede ser determinante en el desarrollo del embarazo.

Es importante establecer la relación existente entre la morbilidad materna y la inasistencia al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, en donde se pueda describir la influencia de dicha asistencia al programa sobre el desarrollo de una gestación adecuada y un nacimiento en

óptimas condiciones, así como identificar aspectos que pueden ser significativos tales como, las causas principales por las cuales las maternas fallan en el cumplimiento, las principales enfermedades por las que acuden la atención médica durante el embarazo y a su vez, las principales causas de remisión a revisión por especialistas durante la gestación; a través de, la búsqueda de información aplicando diversos instrumentos en donde se registren datos de las gestantes, de acuerdo a ciertos criterios que permitan el fortalecimiento de la investigación.

De igual modo, los estudios a través de los cuales se debe contar con la participación de las personas, en este caso las mujeres en etapa de gestación que han presentado patologías durante el embarazo y han fallado a los controles de atención materna se pueden limitar debido a las posibles dificultades que en la búsqueda de estas se presentan, las cuales pueden ser debido a negativa por parte de las gestantes, incompatibilidad de los datos reales con los encontrados en los registros, entre otros aspectos, ante los cuales se deben generar estrategias para afrontar tales situaciones y que no llegue esto a irrumpir en la investigación.

Finalmente, es posible señalar que para el sector salud, investigaciones sobre aspectos concernientes al desarrollo poblacional, que incluye la atención a la población materna e infantil pueden ser de gran apoyo debido a que probablemente permitan la contribución al mejoramiento en la calidad de los servicios lo cual directamente influiría en la disminución de aquellos aspectos que favorecen la aparición de enfermedades en dicha población y actuar oportunamente para que no se llegue a estados de mortalidad, que determinan consecuentemente el desarrollo de los países.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la relación existente entre la morbilidad materna y la inasistencia al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo del CAMU El Amparo–Sede Villa Margarita de Montería.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar las principales patologías por las que acuden las inasistentes al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo a la atención médica durante el embarazo.

Identificar las causas principales por las cuales las maternas se encuentran inasistentes al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Identificar las principales causas por las cuales las maternas son remitidas a revisión por especialistas durante el embarazo.

Describir la influencia que tiene la asistencia al programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo en el desarrollo de una gestación adecuada y un nacimiento en óptimas condiciones.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONCEPTUAL

Para un alto porcentaje de mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria. Sin embargo, es conocido que el estado de embarazo es de gran riesgo para la mujer, más si entran en juego factores económicos, sociales, culturales y dependientes del sistema de Salud. La mortalidad y morbilidad materna son un problema de salud pública no resuelto, además del impacto desfavorable que genera en el ámbito más esencial de la sociedad, La Familia, se enfrenta como una prioridad para los Servicios de Salud, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio, por tal motivo, es necesario promover y favorecer la Salud Materna a través de una Maternidad sin Riesgos.

En este sentido, el estatus de la mujer debe ser elevado y reconocido en todo su valor, tanto en el papel productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad; lo cual amerita que la mujer embarazada sea oportunamente atendida en las instituciones de salud a las cuales asiste con el fin de brindar el cuidado adecuado en la continuidad de la gestación, garantizando así la vida de la gestante y el producto.

Cada mujer tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como para su hijo, a través de la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno.

Es por esto que, evitar la morbilidad y mortalidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de comunicación, es decir: “La mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio Riesgo Reproductivo y Obstétrico”.

Consecuentemente, “la defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Preeclampsia - eclampsia, hemorragia obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos”¹.

Cabe mencionar que, un número importante de las muertes maternas y complicaciones médicas del embarazo registradas, son consideradas como evitables mediante la atención médica oportuna, siendo uno de los principales retos del control prenatal, lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de una manera responsable en el auto cuidado de su salud a través del reconocimiento de los síntomas de alarma que pudieran presentarse en el transcurso del embarazo.

Con el fin de lograr la reducción de la morbilidad materna se establecieron parámetros mínimos para garantizar la atención de la embarazada con calidad y racionalidad científica, en términos de desarrollos de actividades procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. Esta alternativa (Norma técnica para la DTAE) fue creada por el Ministerio de la Protección Social con el objetivo de identificar los riesgos a los que están expuestas las embarazadas a fin de lograr una gestación adecuada que favorezcan el parto y el nacimiento en condiciones optimas tanto para la madre como para su hijo.

¹ Rodriguez Iglesias G, Calzado J y Riveiro L. Atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos.1999 Cuba. 25 p.

Para tal fin, “a partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención maternoinfantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva”².

3.1.1 Programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Es un programa del Ministerio de la Protección Social, consistente en “valoraciones médicas y por enfermeras profesionales, tendientes a identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en optimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y el menor”³.

Objetivos del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo:

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

² BOADA, Lucía y COTES BENITEZ, Miriam. Op. cit., p. 4.

³. REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Op. cit., p. 4.

3.1.2 Control prenatal. “Es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones, prepararla para el parto, la maternidad y la crianza”⁴.

La OMS recomienda el desarrollo de 5 ideas, en el seguimiento de la mujer embarazada.

- Educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia.
- Promover acciones preventivas, como la colpocitología oncológica, ácido fólico y vacuna antitetánica.
- Pesquisar la aparición de síntomas y/o signos clínicos y/o paraclínicos de alarma.
- Intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y tratamiento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria, con la intención de provocar la menor cantidad de trastornos en la dinámica familiar.
- Referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente.

En efecto, el control prenatal contempla características las cuales abarcan las normas básicas para el desarrollo de las actividades que se deben realizar durante los controles prenatales⁵.

En el control prenatal se tienen que cumplir algunas características:

- a) Oportunidad: la gestante debe involucrarse en el control prenatal tan pronto conozca su condición de embarazada.

⁴ CASERES MANRIQUE, Flor de María. El control prenatal una reflexión urgente. En: Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Mayo de 2009. vol. 60. no. 2. p. 105-170.

⁵ Ibid., p.14.

b) Pertinencia: cada gestante que ingrese al programa es un ser individual con diferentes características y situaciones que deben ser analizadas para así particularizar la atención a cada una de estas.

c) Eficacia: hace referencia al cumplimiento de los objetivos propuestos en la atención de cada gestante en particular.

d) Eficiencia: es lograr el cumplimiento de los objetivos con la menor cantidad de recursos.

Así pues, dentro de las estrategias existentes para fortalecer el programa de Detección Temprana de las alteraciones del embarazo se encuentra el curso psicoprofiláctico el cual es, “un conjunto de técnicas de carácter físico, psicológico y actitudinal que reducirán los riesgos de que éste sea una experiencia traumática a través del conocimiento, el estudio y el aprendizaje sobre todo lo que atañe al embarazo como tal, una experiencia nueva llena de alegría y felicidad, pero también de cambios en el cuerpo y en las emociones de la mujer”⁶.

Además, para que se lleve a cabo el logro de un embarazo sin complicaciones y un nacimiento en óptimas condiciones son recomendados innumerables aspectos a tener en cuenta, los cuales, son educados, implementados y recomendados por las diversas Instituciones de Salud que se encargan de proteger la salud materna e infantil, aumentando la probabilidad de tener un embarazo tranquilo y sin problemas y un bebé sano, en general, se encuentran, “la búsqueda de atención prenatal desde el inicio de la gestación, cuidar la alimentación, toma de suplementos vitamínicos, realización de ejercicio regularmente, descanso, no consumir sustancias psicoactivas, disminuir el consumo de cafeína, asistir a citas con odontología y cuidar la salud emocional”⁷.

⁶Un espacio creado para ti, Para leer, conversar y compartir. Curso psicoprofiláctico: Preparándote para ser papá y mamá. Blog calidad de vida. 15 mayo de 2012. vol. 3. no. 2.

⁷Ibid., p. 16.

Por otro lado, se puede resaltar que los determinantes de la morbilidad materna no solo se encuentran en el sector salud, si no, también están ligados a factores ajenos a este, como es el caso de la inasistencia de las embarazadas a los controles prenatales periódicos, lo cual se puede presentar por diferentes factores como, condiciones económicas, falta de motivación para buscar ayuda, desconfianza de los servicios de salud, cercanía de la institución de salud donde es atendida, entre otros.

3.1.3 Inasistencia al control prenatal. Se refiere al incumplimiento de las citas médicas programadas, es decir, citas médicas generales, especializadas o de medicina alternativa, lo que quiere decir que la inasistencia a las citas del control prenatal es el incumplimiento de la embarazada al programa sin importar la causa directa o indirecta que la provoque.

Teniendo en cuenta, la importancia que posee asistir a los controles correspondientes al Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, para lograr así que se favorezca el desarrollo de la gestación a través de todas sus actividades procedimientos e intervenciones, es necesario que, la gestante se encuentre comprometida con la programación de este, de tal manera que, se pueda garantizar la reducción de los riesgos durante los diversos trimestres del embarazo y estimar un trabajo de parto, parto y nacimiento en optimas condiciones.

Por lo cual, la inasistencia a los controles prenatales se puede dar por diversos motivos por los cuales retrasan la atención materna, lo que aumenta el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a. para identificar estas causas de inasistencia se crearon cuatro demoras por las cuales la mujer embarazada no utiliza los servicios de salud como lo es el control prenatal, estas cuatro circunstancias se han identificado de la siguiente manera demora en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, demora para

acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y demora en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

Demora 1 (demora en reconocer el problema)

- Habilidad de la embarazada y su familia para reconocer complicaciones.
- Falta de conocimiento de los factores de riesgo.
- Falta de conocimiento de los derechos como usuaria.
- Falta de conocimiento de donde buscar ayuda.
- Conocimiento acerca del ingreso oportuno al control prenatal.
- Adherencia al control y manejos.

Demora 2 (demora en decidir buscar ayuda)

- Debido a factores socioculturales.
- Por facilidad y costo en el transporte y accesibilidad.
- Reputación de los servicios de salud donde es atendida.

Demora 3 (demora en llegar a la institución de atención)

- Por dificultad administrativa para acceder a los servicios.
- No identificación o seguimiento adecuado del riesgo biopsicosocial.
- Por un diagnóstico no acertado.
- Tratamientos médicos inadecuados e inoportunos.
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento.
- Personal insuficiente. Entrenamiento del personal.
- Falta de oportunidad para la atención (urgencias, interconsultas y procedimientos).
- Deficiencias en los servicios de apoyo diagnóstico.
- Deficiencia en la calidad de la historia clínica.
- Actividades de P y P inexistentes o ineficientes.
- Humanización del servicio.

Demora 4 (demora en recibir un tratamiento adecuado en la institución)

- Por circunstancias geográficas o de orden publico
- Inconvenientes con la disponibilidad y eficiencia en el transporte
- Barreras administrativas relacionadas con la afiliación
- Por factores económicos que dificultan el transporte.

En consecuencia, es importante tener en cuenta que de acuerdo a investigaciones, estudios y análisis realizados se han establecido parámetros correspondientes a la morbilidad, dentro de las cuales se encuentran la morbilidad sentida y la llamada morbilidad atendida, siendo la primera conocida también como morbilidad percibida o autopercepción de salud, la cual, “se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud como producto de sus conocimientos e interpretaciones, sin que este juicio haya sido necesariamente confirmado por personal médico, reflejando experiencias y necesidades reales, pero no necesariamente genera demanda de servicios sanitarios”⁸.

La morbilidad atendida es el proceso a través del cual se lleva a cabo la consecución de la atención de las enfermedades que se presentan, siendo el caso de aquellas patologías que se presentan durante el desarrollo del embarazo, las cuales, ponen en riesgo la vida de la materna, la gestación y el producto de esta.

Por esta razón, la morbilidad materna es un factor desencadenante de problemas tanto para el producto de la gestación, la madre y la familia, como para la medición del desarrollo de un país, siendo causal de múltiples determinantes que han llevado a identificar dicho indicador en las diferentes etapas del embarazo, definidas por trimestres, dentro de los cuales es de vital importancia reconocer los estados de morbilidad que más se presentan en cada uno, para así actuar enfáticamente de acuerdo a los riesgos de cada periodo, por ejemplo son

⁸ UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Análisis de la situación de salud en Colombia- Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Bogotá. Ministerio de la Protección Social y Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.2010. Tomo III. ISBN: 978-958-8717-07-4.

característicos del segundo trimestre, “las toxemias, anemias, infecciones urinarias o vaginales, interrupción tardía del embarazo, síntomas de la interrupción tardía del embarazo, problemas visuales y enfermedades infectocontagiosas”⁹.

3.1.4 Morbilidad materna

Se ha definido como una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna. Así pues, “las estadísticas de morbilidad nos permiten conocer de qué enferman o padecen los habitantes de determinada colectividad o país, de igual forma contemplan que durante estos estudios se pueden presentar una serie de dificultades para la recolección de los datos y en la definición de términos en salud, enfermedad, normalidad y normatividad”¹⁰.

El análisis de la morbilidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población y, en consecuencia, la Organización Mundial de la Salud, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas, un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

También, es importante analizar que una muerte materna se daría entonces como resultado de una serie de factores que se han presentado en la vida de la mujer, desde el nacimiento hasta su edad productiva, por lo que, los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, teniendo en cuenta, el estado de inferioridad o dependencia económica, educativa, legal o familiar y los relativos a su estado de salud, su conducta

⁹ FORO COMPARTIR TU EMBARAZO. (21 de enero de 2009,). Enfermedades comunes en el segundo trimestre. Capital federal- Argentina. Jelsoft Enterprises. 2010. 2 p.

¹⁰ ALFONZO, Nataly y ANGEL, Daniela. Morbilidad. [Diapositivas]. Universidad del oriente. Departamento de anatomía patología.

reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar.

En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidas, y a la vez el sector salud cuenta con el saber científico y tecnológico para impedirlos, así como también el recurso humano competente para la realización de consultas y procedimientos que en algún momento del embarazo pueden ser definitivos para evitar complicaciones que atenten contra la vida de la madre o el producto.

No menos de 25 mil madres mueren cada año en la Región de América Latina y el Caribe y, más allá, existe una relación directa de la incidencia cada vez mayor de la mortalidad materna en poblaciones con menores ingresos. Se perciben marcadas diferencias en cuanto a la mortalidad materna en los sectores rural y urbano. La OMS además estima que por cada muerte materna en Latinoamérica, 135 mujeres presentan enfermedad relacionada con la gestación, y 30 quedan con secuelas¹¹.

Se considera que es labor de todo aquel que esté en contacto con una gestante, no sólo del sector salud sino de todos los estamentos de la sociedad, poner todos los medios para disminuir al máximo los riesgos de la gestación, y son los obstetras los llamados a dictar las pautas para que esto se cumpla, mejorando la calidad del cuidado obstétrico.

No obstante, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior pueden favorecer la aparición de enfermedades durante el embarazo que pueden ser identificadas a través de la realización de controles prenatales oportunos y de óptima calidad.

¹¹ WAGAARACHI, PT, et al. Sosteniendo un espejo: el cambio de la práctica obstétrica a través de auditoría basada en criterios clínicos en los países en desarrollo. En: Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2001. vol. 74. no 2. P 119-130.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna. Hay un creciente interés en el uso de la morbilidad materna extrema como un indicador de calidad del cuidado de la gestante, en la medida en que las muertes maternas se han convertido en un evento extremadamente raro en algunas regiones del mundo.

De ahí que, mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de los embarazos. Pero realmente, facilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud, que realicen la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

Ahora bien, entre las enfermedades más comunes que se presentan en la embarazada tenemos que, “la hipertensión arterial, el asma bronquial y la diabetes mellitas, son antecedentes patológicos personales que se comportan como riesgos maternos y aparecen en las gestantes con gran frecuencia. La hipertensión durante la gestación, por ejemplo, se asocia con un incremento del riesgo de algunas complicaciones obstétricas y perinatales, como la preeclampsia grave y la eclampsia, que sin lugar a dudas contribuyen al aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Otra de las enfermedades que se presentan con gran frecuencia en la embarazada y que puede ser identificada durante los controles prenatales, es la Diabetes Gestacional es una enfermedad que genera mayor riesgo feto-neonatal, teniendo como característica ser asintomática en la madre. Por esta razón es importante el conocimiento de los factores de riesgo para realizar la detección y diagnóstico de DG y poder de esta manera establecer el tratamiento y seguimiento

multidisciplinario de la mujer embarazada, a fin de disminuir la morbilidad mortalidad materna y perinatal.

La diabetes Gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la Gestacional no es causada por la carencia de insulina. La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes Gestacional. Es reconocida la repercusión de la diabetes Gestacional sobre el embarazo y sus efectos perinatales adversos tanto en la madre como en el feto¹².

Dentro de las patologías que se encuentran a menudo durante la gestación esta la infección de vías urinarias, siendo esta una de las complicaciones bastante peligrosas en las gestantes, la cual es producida por bacterias en su mayor porcentaje. La incidencia de estas se ve reflejada por desconocimiento de estas en las poblaciones vulnerables de acuerdo con el estado higiénico en esta etapa de la vida y también por medio relaciones sexuales.

Esta enfermedad se define como una “bacteriuria que puede ser sintomática o asintomática que se produce en cualquier lugar de las vías urinarias abarcando la uretra, vejiga. Los uréteres y los riñones en la mujer embarazada, los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto”¹³.

La malnutrición, es otro de los riesgos que se identifican en las gestantes con gran frecuencia; habitualmente ocurre por la ingestión insuficiente de alimentos de poco valor nutricional y según se recoge en estudios de la OMS, se presenta asociada con patologías agravantes como la anemia, muy frecuente en mujeres en edad de

¹²LEIVA HIDALGO, Alberto de. Congreso Internacional de Prediabetes y Síndrome Metabólico. (23-25 de Agosto, 2012). Actuación en la diabetes Gestacional (resumen). Lima-Perú. Universidad Autónoma de Barcelona. 2012. p. 1-11.

¹³. QUIROGA FEUCHTER, Germán, *et al.* Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. En: Revista de medicina. Marzo, 2006. 45 (2). p. 169-172

procrear y relacionados con el nivel de pobreza. En este sentido, las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo.

Las infecciones de vías urinarias (IVUS) en mujeres gestantes se desarrollan de tres maneras de forma asintomática, “en su primer periodo, en el segundo y tercer periodo de forma sintomática como complicaciones entre estas se encuentra la cistitis y la pielonefritis siendo esta ultima la mayor consecuencia de la infección, no obstante estas complicaciones acarrear un sin fin de factores de riesgo en el embarazo como lo son los abortos, partos prematuros, bajo peso al nacer en el niño entre otros”¹⁴.

Entre otras complicaciones del embarazo está la amenaza de parto pretérmino, que no tiene una causa específica, pero sí múltiples factores de riesgo, de allí la importancia del autocuidado y del conocimiento que tenga la mujer acerca del tema, para que logre prevenir los factores de riesgo posibles y de este modo también el parto pretérmino.

“Se define la amenaza de parto pretérmino como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 37 semanas de gestación”¹⁵.

Este tipo de complicaciones es una de las que se encuentran en un alto porcentaje en aquellas embarazadas que presentan enfermedades tales como, infección de vías urinarias y vaginosis ya que esta complicación afecta el saco del liquido amniótico provocando así la ruptura prematura de membranas finalmente provoca el parto pretérmino o prematuro.

¹⁴ Ibid., p. 24.

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD. Prevención parto prematuro. Santiago de Chile. Informe de la Subsecretaría de Salud Pública. 2010. ISBN: 978-956-8823-84-9.

Teniendo en cuenta lo anterior se tiene que, “el parto prematuro se define como el inicio del parto después de 20 semanas de gestación y antes de 37. Aproximadamente el 8% de los embarazos presentan complicaciones de este tipo que causan la mayor parte de las muertes perinatales no producidas por anomalías congénitas. El parto prematuro y la rotura prematura de las membranas son dos de los factores más comunes que conducen a nacimientos prematuros”¹⁶.

Las mujeres con partos pretérmino entran en una de las siguientes categorías: 1) una tercera parte de los partos pretérmino están relacionados con complicaciones médicas maternas, como Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE), enfermedad cardíaca y complicaciones como placenta previa e incompetencia cervical; 2) otra tercera parte se debe a rotura prematura de membranas (RPDM) antes de término, provocando el parto, y 3) en una tercera parte de las mujeres, el parto comienza sin razón aparente. Posiblemente estas dos últimas tengan una causa infecciosa subyacente¹⁷.

El bebé que nace antes de término todavía no ha alcanzado el crecimiento y el desarrollo necesarios para asegurar una adaptación sin complicaciones a la vida extrauterina. Como resultado su expectativa de supervivencia o buena salud pueden quedar en entredicho.

Así mismo, otra de las enfermedades que presenta la embarazada es la ruptura prematura de membranas, la cual se considera una de la principal causa de partos prematuros y que puede ser producida por infecciones, esta se define como “la rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Generalmente se acompaña de salida de líquido amniótico (LA) por genitales. Es un evento que convierte un embarazo normal en una gestación de riesgo para la madre y para el feto”¹⁸.

¹⁶ Ibid., p. 25.

¹⁷ Ibid., p. 25.

¹⁸ VIGIL-DE GRACIA, Paulino, *et al.* Ruptura prematura de membranas. Cali- Colombia, FLASOG, 2011. vol. 1.

Además, “para reducir estos riesgos los/as expertos/as recomiendan cuatro acciones: proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud”¹⁹.

¹⁹ RANSOM, Elizabeth y YINGER, Nancy. Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. En: (12 julio 2002). Por una maternidad sin riesgos. Washington, DC. Organización Mundial de la Salud. 2002. 1-32 p.

3.2 MARCO HISTÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ²⁰, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

Al igual que la mortalidad materna, la medición de la morbilidad materna no es tan fácil como se supuso originalmente. Ambas tienen causas múltiples, clínicas, sociales y administrativas; ambas están definidas por el tiempo pero con antecedentes que escapan al período de embarazo y parto.

Por otro lado, para el desarrollo de las investigaciones acerca de la morbilidad o mortalidad materna es importante tener en cuenta aspectos que generan impacto en la sociedad, tales como, la edad, el nivel de escolaridad, la seguridad social, el estado civil y la ocupación de las embarazadas, así como también otro tipo de situaciones que mide el nivel de riesgo al que se encuentra expuesta la embarazada, como son los antecedentes, entre los cuales se encuentran: antecedentes obstétricos, ginecológicos, personales, familiares entre otros.

Es así como, los datos de la gestación actual hacen parte importante del análisis de la morbilidad materna, entre los cuales encontramos la asistencia a los controles prenatales y la causa de la inasistencia a los mismos, así como también, el manejo recibido durante dichos controles y la clasificación del riesgo al que se encuentra expuesta la gestante, de igual forma se debe anexar el tipo de enfermedades por las cuales ha sido remitida a otras especialidades y el manejo médico que se les brinda.

Durante la investigación realizada por estudiantes de la universidad nacional de Colombia, acerca de la caracterización de la morbilidad materna extrema en el

²⁰MORALES-OSORNO, Bernardo; MARTÍNEZ, Diana Milena y CIFUENTES BORRERO, Rodrigo. Op. cit., p. 4.

instituto materno infantil–hospital la victoria en el año 2010, se identifico que “las edades de la población estudiada oscilaron entre los 14 y 43 años, con una edad promedio de 24,4 años, moda de 20 años, mediana de 23,5 años, presentándose la mayor incidencia en el grupo de 16 a 20 años con un 30% de los casos, seguido del grupo de 21 a 25 años con un 26%”²¹.

Teniendo en cuenta el nivel educativo de la investigación anteriormente mencionada, “solo un 4% de las pacientes tenía estudios profesionales, 4% estudio carrera técnica, media básica y académica (58%), un 34% de las pacientes tenía estudios de básica primaria De igual forma se logró identificar que un 24% de las pacientes era soltera, lo que indica una pobre red de apoyo social, con todas las desventajas económicas, sociales y emocionales que ello implica”²².

Teniendo en cuenta lo anterior, en la investigación realizada por Carlos Mariño y Diana Vargas a cerca de morbilidad materna extrema en el hospital infantil la victoria de Bogotá, se obtuvo que, “un 50% de las pacientes era multigestante, mientras que el 50% estaba en curso de su primer embarazo, así como también que el periodo intergenésico al momento de presentarse el evento de morbilidad materna extrema fue en promedio de 38,3 meses. De igual forma se identificó que un 78% de las pacientes tenía controles prenatales, mientras que el 22% no había iniciado el control prenatal al momento de registrarse el evento adverso”²³.

²¹ Mariño, Carlos, y Vargas, Diana. Op. cit., p. 22.

²² Mariño Martinez, Carlos, y Vargas Fiesco, Diana. Op. cit., p. 22.

²³ Mariño Martinez, Carlos, y Vargas Fiesco, Diana. Op. cit., p. 22.

De igual forma, “las captaciones tempranas en el inicio de control prenatal se cumplió en un 50%, mientras que un 28% inicio el control de forma tardía, y un 22% no tenía controles prenatales al momento de presentarse el evento adverso”²⁴

La morbilidad materna tiene muchas dimensiones: etiología, gravedad, duración, momento de aparición, acumulación y secuelas, cada una con causas, consecuencias e implicaciones diferentes para el tratamiento, del mismo modo que sucede con la mortalidad, la comprensión de la morbilidad materna se amplía con el uso de una variedad de fuentes de datos.

Según la última encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) en los últimos cinco años aumentó en un 5 por ciento el número de embarazadas que realizaron su control prenatal con un médico, pasando de 87% a 92% de 2005 al 2010. Se estima que las colombianas asistieron en promedio a cuatro citas de control durante el embarazo, donde las midieron, las pesaron, les tomaron la presión arterial, midieron la frecuencia cardiaca del feto y les practicaron exámenes de orina y sangre para descartar enfermedades²⁵.

En este orden de ideas, “Colombia ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad materna, particularmente desde mediados de la década de los 80, aún está lejos de llegar a los niveles de los países industrializados. En el año de 1956, la tasa de mortalidad materna se estimaba en 311 por 100.000 nacidos vivos”²⁶.

Por esta razón, el estudiar la morbilidad materna extremadamente grave puede ser una medida más sensible para la cuantificación de la magnitud del problema, puesto que permite identificar cuales mujeres requieren de un cuidado especial, cuáles patologías son las de más frecuente presentación, y los servicios de soporte que se requieren con mayor importancia.

²⁴ MARIÑO MARTINEZ, Carlos, y VARGAS FIESCO, Diana. Op. cit., p. 22.

²⁵ Ibid., p. 27.

²⁶ CARRILLO U, Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. En: revistas ciencias de la salud. Mayo-agosto, 2007. vol.5, no.2.

Toda morbilidad puede medirse a lo largo de una línea continua de gravedad que oscila entre la “molestia” y una situación potencialmente mortal, algunas se tornan más graves a medida que avanza la afección, de manera que la detección temprana es importante algunas afecciones siempre son potencialmente mortales y otros nunca lo son. Muchas afecciones obstétricas tienen corta duración; las mujeres se recuperan con pocas secuelas o mueren, aun así, algunos trastornos breves presentan consecuencias a largo plazo, aunque las afecciones maternas a menudo son transitorias, con frecuencia tienen también carácter recurrente con cada embarazo. Cada componente de la morbilidad materna (como eclampsia o hemorragia) tiene causas diferentes, consecuencias diferentes e implicaciones diferentes para el tratamiento. Solo tienen en común el hecho de que ocurren en mujeres embarazadas durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Al inicio de la presente década, la Cumbre Mundial por la Infancia instó a gobiernos del mundo y a la sociedad civil en su conjunto a unir fuerzas en favor de la reducción al año 2,000 de la mortalidad materna en un 50%. En la actualidad, esta meta no ha sufrido progresos significativos en la Región de América Latina y el Caribe. Más recientemente, el acuerdo de Lima, estableció la necesidad de acelerar este proceso, pues, aunque ello ha sido reconocido como una prioridad impostergable, continúa fallando el acceso de la mujer a los servicios de salud, la atención a la niña y la mujer²⁷.

La experiencia es reciente y hay poca información para Latino América. “La prevalencia real es difícil de estimar nivel nacional y mundial, debido a la escasa información formal de los países y a diferentes criterios para su definición. La mayoría de los resultados que se han hallado provienen de las instituciones, con serie de casos pequeñas, es así como en Cali se registra una prevalencia de 4 casos por 1000 nacimientos”²⁸.

²⁷ MARIÑO MARTINEZ, Carlos, y VARGAS FIESCO, Diana. Op. cit., p. 22.

²⁸ Ibid., p. 28.

3.3 MARCO TEMPORAL-ESPACIAL

“La tasa promedio de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Las más altas tasas de mortalidad se presentan en Haití (1000), Bolivia (390) y Perú (270). Las más bajas se presentan en Chile (23), Cuba (24) y Costa Rica (35 X 100,000 nacidos vivos).”²⁹.

En Santiago de Cuba existe una tendencia marcada y mantenida a la disminución de la mortalidad infantil desde la década de 1970, sin embargo la mortalidad materna por el contrario no ha mostrado una tendencia a la disminución y se observan oscilaciones en el último decenio con un incremento notable en el año 2004, año en que se notificó la tasa más alta. Donde, “se llega a la conclusión de que la atención a la mujer en estado crítico requiere del perfeccionamiento en los servicios ginecoobstétricos y de cuidados intensivos para lograr reducir la mortalidad materna, así como las secuelas que pueden producirse por las afecciones que presentan las mujeres en esta etapa de la vida”³⁰.

Además, “se realizó un proyecto de investigación a cerca de la materna crítica durante el período 2004-2008. En el año 2001 se realizó una investigación, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención materno-infantil en hospitales maternos del municipio Santiago de Cuba, a partir del análisis del marco conceptual y el conocimiento de las relaciones entre estructura, proceso y resultado”³¹.

²⁹MARIÑO MARTINEZ, Carlos, y VARGAS FIESCO, Diana. Op. cit., p. 22.

³⁰ Ibid., p. 29.

³¹ FAYAD SAETA, Yamile. Materna crítica durante el período 2004-2008. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Octubre-diciembre, 2009. vol. 35, no. 4. 2 p.

“En Uruguay se creó una norma para la atención de la embarazada con la finalidad de atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo, y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación, esta norma se encuadra en el cambio de modelo de atención, la integración del derecho a la salud y el rol de los equipos de salud en el nuevo paradigma que jerarquiza al primer nivel de atención”³².

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala realizó un estudio Nacional de mortalidad materna, esta investigación permite realizar el diagnóstico y análisis de la situación actual de la mortalidad materna en Guatemala, que podrá ser utilizada para reorientar las políticas y los programas de salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, así como para identificar nuevas líneas de investigación, también, aborda de forma integral la ruta de la muerte materna, es decir, analiza la dinámica de los factores personales, familiares y comunitarios, dónde ocurre el embarazo y el parto, la accesibilidad de los servicios de salud y la calidad de la atención brindada a la mujer por el sistema de salud; asimismo permite realizar un análisis de la notificación, clasificación y registro de las muertes maternas; de igual forma³³.

Tal es el caso de la ciudad de México, que “en los últimos tres años ha ocupado los primeros lugares de muerte materna en el país, a pesar de contar con buena infraestructura médica y de comunicación y de ser uno de los estados con mayores recursos económicos. Por ello, en este estudio se analizan algunos de los determinantes sociales de los casos de muerte materna ocurridos allí, del 2004 al 2006”³⁴.

³² MARIÑO MARTINEZ, Carlos, y VARGAS FIESCO, Diana. Op. cit., p. 22.

³³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. Guatemala, Serviprensa, 2011. Informe final. ISBN 978-9929-587-39-7.

³⁴ KARAM CALDERÓN, Miguel Ángel. Aspectos sociales de la mortalidad materna, Estudio de caso en el Estado de México. En: Medicina Social. julio 2007. vol 2, No 4. p. 1-14.

“En Cuba las principales causas de morbilidad materna crítica son las pérdidas masivas de sangre, la enfermedad tromboembólica, la sepsis y los trastornos hipertensivos del embarazo. Mientras otros investigadores encontraron que la infección y la atonía uterina fueron las causas principales de morbilidad”³⁵.

Las investigaciones en Colombia a cerca de la mortalidad materna continúa siendo un problema a la cual dirigen su atención diferentes sectores y disciplinas. Su presentación ha estado dominada por la irregularidad de los indicadores y las variables como la zona de residencia, nivel educativo y poder adquisitivo. Esto se relaciona con varias problemáticas que influyen negativamente como la calidad y acceso al control prenatal, la violencia de género contra la mujer, el aumento de la gestación en los adolescentes, la violación de los derechos sexuales y reproductivos, los choques culturales que se presentan entre las gestantes y sus familias con el sistema sanitario, sus profesionales durante la atención al igual que las condiciones políticas y económicas.³⁶.

³⁵ RODRÍGUEZ NÚÑEZ AC, CÓRDOVA A, ÁLVAREZ M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave Cuba. En: Revista Cubana Obstetricia Ginecología. Septiembre-diciembre, 2004. Cuba 2005. Vol. 30, no. 3. p. 1-14.

³⁶ LAZA VÁSQUEZ, Celmira; ARÉVALO SÁNCHEZ, Elizabeth y PUERTO LOZANO, Marcela Ivón. Op. cit., p. 8.

3.4 MARCO LEGAL

En Colombia existe una normatividad encargada de regular la atención en salud pública, dentro de esta se encuentra la Resolución 0412 de 2000, la cual, adopta Normas Técnicas y Guías de Atención, constituye los lineamientos para programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en la normas técnicas, disponiendo condiciones para la oferta de los servicios normados; una de estas normas técnicas es la de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo que consiste en “identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo”³⁷.

³⁷REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, Op. cit., p. 5.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, enfoque cualitativo, transversal.

4.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

La investigación tuvo como escenario el Centro de Salud Villa Margarita CAMU el Amparo de Montería, en el área promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el primer nivel de atención, programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo.

4.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

4.3.1 Población. Mujeres que se encontraban en estado de gestación o no inscritas al programa de Detección Temprana de las Alteraciones de Embarazo el primero y segundo trimestre periodo del año 2012, que estuvieran en estado de inasistentes en la base de datos que desarrolla la institución de salud.

4.3.2 Muestra. Para el desarrollo del proyecto de investigación se tomó el total de 27 gestantes que presentaran morbilidad materna, atendidas en la institución, pertenecientes al programa de de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, que se encontraban inasistentes en el segundo y tercer trimestre del año 2012.

4.3.3 Muestreo. Por conveniencia, teniendo en cuenta que se tomo el total de inasistentes al programa, así como también las gestantes que presentaron algún tipo de morbilidad durante el desarrollo de la gestación.

4.3.4 Criterios de inclusión. Mujeres con morbilidad, en estado de embarazo o no, inscritas al Programa de Detección Temprana de las Alteraciones de Embarazo en el segundo y tercer trimestre del año 2012, mujeres que se

inscribieron en el primero, segundo y tercer trimestre de embarazo e inasistentes pertenecientes al programa en este periodo de tiempo.

4.3.5 Criterios de exclusión. Mujeres inscritas en el primer trimestre del año 2012 o antes y mujeres inasistentes a los controles prenatales de la institución.

4.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Mediante la búsqueda de la información aplicando instrumentos como encuestas en donde se registraron los datos de la embarazadas teniendo en cuenta los controles a los que asistieron, los exámenes clínicos ordenados y sus resultados, datos de gestaciones previas, antecedentes de importancia que pudieran afectar la gestación actual, la clasificación del riesgo del embarazo y las patologías por las que fueron sido remitidas las embarazadas durante su periodo de gestación; todo este proceso se desarrolló a través del permiso institucional. Estas encuestas fueron diligenciadas por las responsables de la investigación donde la fuente principal para la adquisición de los datos serían las historias clínicas, y como segunda fuente de información para obtener los datos, la causa por la cual las embarazadas se encontraban o estuvieron inasistentes al control prenatal (4 demoras).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la siguiente normatividad, para tener acceso de la información a la historia clínica de las inasistentes.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial, LEY 41 del 14 de noviembre de 2002.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de

un paciente a lo largo del proceso asistencial, según lo establecido en LEY 41 del 14 de noviembre de 2002.

Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes de acuerdo a la investigación:

Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.

Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a la aplicación de los instrumentos, según la muestra en el escenario se obtuvo una serie de datos que se describen a continuación, resaltándose que el estudio fue realizado durante el segundo y tercer trimestre del año 2012.

5.1. DATOS DE IDENTIFICACION DE LAS PACIENTES

Tabla 1. Distribución de la morbilidad materna según la edad, en el Centro de Salud Villa Margarita-ESE Camu El Amparo, 2012

Edad	Número	Porcentaje
Menor de 20 años	14	51,8
Entre 20- 34 años	12	44,4
Mayor de 35 años	1	3,7
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

El análisis subsiguiente, está referido a la variable edad, la cual se define como, el conjunto de años que ha transcurrido una persona a lo largo del desarrollo vital en sus aspectos físico y mental. En el caso de la mujer, su cuerpo se desarrolla en tamaño y en capacidad reproductiva y se hace más definido sexualmente a través del paso de los años, en especial después de la adolescencia; a partir de los 20 años, el cuerpo de la mujer ha alcanzado madurez para tener un embarazo, sin embargo, existen múltiples gestaciones en edades tempranas.

En la investigación se encontró que el 51,8%, de la población objeto de estudio es menor de 20 años, considerándose esto como embarazo adolescentes, es necesario especificar que el desarrollo físico y la fertilidad puede alcanzar su máximo índice entre los 21 y los 34 años, encontrándose con edades óptimas para tal fin el 44,4%, y, que el embarazo en las mujeres mayores de 35 años es poco frecuente, solo identificando 1 caso, el cual corresponde al 3,7% del actual estudio.

De acuerdo a lo anterior, y tras lo identificado es posible mencionar que, la incidencia de embarazos adolescentes puede conllevar a que se irrumpa la vida de estas mujeres, en momentos en los que todavía no alcanzan la madurez física y mental, generando circunstancias adversas, que podrían o no se reflejadas en el desarrollo normal de la gestación y que, aquellas mujeres que se hallan dentro de las edades optimas deberían corresponder al grupo mayoritario, para fortalecer los procesos del embarazo

Tabla 2. Distribución de la morbilidad materna según la ocupación

Ocupación	Número	Porcentaje
Ama de casa	25	92,5
Estudia	1	3,7
Trabaja	1	3,7
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La ocupación como acción o función que se desempeña, generalmente es llevada a cabo para ganar el sustento o procurar la consecución del mismo, de acuerdo a esto, puede ser muy alto el número de mujeres que no desarrollan una labor que dependa de un empleador, siendo para este estudio un 92,5% amas de casa, quienes, podrían tener como ocupación principal, el trabajo en el hogar con los quehaceres domésticos, y en donde posiblemente, por ser en mayor proporción adolescentes, suspenderían sus estudios para continuar con tales funciones domesticas, por tal razón, son pocas las que se encuentran en etapa de formación académica, haciendo parte de este estudio solo el 3,7% de las mismas, y, así mismo, se encuentran las que desempeñan un rol como empleadas, ocupando un 3,7% de dicha población estudiada.

De ahí que, ser ama de casa puede ser inherente al ser madre, debido a que, sus labores estarían destinadas a los hijos, a cuidarlos, a proveerles de satisfacciones cuidados, que por no desarrollar otras funciones como el estudio y/o trabajo bajo el régimen de un empleador, conllevarían a la no remuneración,

uso de jornadas interminables, multiplicidad de actividades, situaciones las cuales determinarían también el desarrollo del proceso de la gestación.

Tabla 3. Distribución de la morbilidad materna según el estado civil

Estado civil	Número	Porcentaje
Casada	3	11,1
Soltera	5	18,5
Unión libre	19	70,4
Viuda	0	0
Divorciada	0	0
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

El estado civil es la situación de las personas, determinado por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, es considerado así mismo, como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales.

En este estudio, se pudo encontrar mayor proporción de uniones libres con un 70,4%, las cuales pueden tener relación con el inicio de la vida materna y el tipo de desempeño que dentro de los hogares deban asumir las mujeres tras el embarazo, de igual modo, se encontró un 18,5% de solteras, grupo de mujeres que por determinadas situaciones podrían asumir la responsabilidad de la gestación y sus implicaciones de manera individual, y quienes se adhieren a las leyes ya sean religiosas o civiles corresponden a una disminuida fracción del 11,1% quienes son, las mujeres casadas.

Entonces, es posible decir que, debido a los pros y contras y relacionado con los embarazos a tempranas edades, estos grupos poblacionales decidirían vivir en unión libre, o en soltería, en lugar de enfrentarse a lo que conlleva entablar una relación más sólida y formal como el matrimonio.

Tabla 4. Distribución de la morbilidad materna según el nivel escolaridad

Escolaridad	Número	Porcentaje
P. Incompleta	1	3,7
P. Completa	2	7,4
B. Incompleta	7	25,9
B. completo	8	29,6
Técnico	0	0,0
Universidad	1	3,7
No especifica	8	29,6
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La escolaridad considerada como el nivel de educación formal obtenido en las instituciones, por tanto, de acuerdo con el entorno dentro del que se desarrollan las mujeres que hacen parte de la fuente de estudio, se identificó que el mayor porcentaje de estas, el 29,6% alcanza un nivel de bachillerato completo, que en contraste con el porcentaje correspondiente al nivel universitario y/o técnico 3,7% y 0,0% respectivamente, permitiría identificar un posible estancamiento en la preparación académica de dichas mujeres al momento de iniciar su periodo reproductivo, aunque, estos recesos o finales académicos, en múltiples ocasiones a su vez se pueden generar a más corto tiempo, encontrando un 25,9% con bachillerato incompleto, un 7,4% con primaria completa y un 3,7% que no culminó la misma, reflejando entonces otras etapas en las que posiblemente se inicien los embarazos, o de manera contraria, que para el primer embarazo, estas mujeres ya tenían un déficit acumulado de varios años de educación faltantes.

Tabla 5. Distribución de la morbilidad materna según la seguridad social

Seguridad social	Número	Porcentaje
Vinculada	4	14,8
Mutual ser	3	11,1

Tabla 5. (Continuación)

Comparta	2	7,4
Comfacor	2	7,4
Salud vida	5	18,5
Caprecom	4	14,8
Solsalud	2	7,4
Coosalud	1	3,7
Emdisalud	1	3,7
No registra	3	11,1
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales, y, también la protección en forma de asistencia médica es determinada como seguridad social, encontradas dentro de ésta, una serie de entidades adscritas a diversos regímenes de salud, que amparan bajo sus acciones a grupos de personas de acuerdo a sus características socioeconómicas, dentro de estos se encuentra el Régimen subsidiado, el cual agrupa al 74% de la población fuente de estudio, divididas entre sí por una serie de empresas promotoras de salud, que poseen plataformas estratégicas diferentes, pero con el mismo fin, para el beneficio de la salud de las personas, reuniendo mayor población Saludvida con un 18,5%, pero siendo el porcentaje subsecuente el 14,8% correspondiente a la población vinculada en la que el estado es responsable directo de la prestación de los servicios de salud, mecanismos dentro de los cuales, no cabe la renuncia o la exclusión de estos derechos, dentro de los cuales se encuentran los derechos de la mujeres, especialmente en etapas de gestación, en donde, la protección ya no es solamente por el derecho a la salud sino por el derecho a la maternidad, según lo establecido en Constitución Política de 1991, mencionando en su

artículo 48 la seguridad social como derecho irrenunciable, teniendo particular importancia en las madres durante el embarazo, parto, postparto, período de lactancia, y las mujeres cabeza de familia.

Tabla 6. Distribución de la morbilidad materna según el lugar de residencia

Dirección	Número	Porcentaje
Los araujos	3	11,11
Furatena	2	7,41
Nueva esperanza	3	11,11
Colina real	2	7,41
Galilea	1	3,70
Alfonso López	2	7,41
El privilejo	3	11,11
Mogambo	1	3,70
Panzenú	1	3,70
Las Américas	1	3,70
Villa paz	2	7,41
Robinson pitalua	2	7,41
Villa Jiménez	1	3,70
La candelaria	1	3,70
Policarpa	1	3,70
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

El lugar de residencia es ese espacio geográfico donde las personas, además de habitar en forma permanente, desarrollan generalmente sus actividades familiares sociales y económicas, estos lugares también pueden ser determinantes para el acceso a los servicios públicos ofrecidos, dentro de los cuales la salud es uno de los más importantes.

Específicamente, el servicio público salud se presta por áreas estratégicas que pueden facilitar el acceso de los usuarios de acuerdo a su lugar de residencia. Entonces con relación a la sede del estudio, el Centro de salud del barrio Villa Margarita, Montería, las mujeres que hacen parte de la muestra, están ubicadas en áreas aledañas y en general cercanas a la unidad prestadora de salud, aunque no aparezca ninguna registrada que pertenezca al mismo barrio de la sede.

5.2. ANTECEDENTES

Durante la realización de los controles se debe realizar un buen interrogatorio y los respectivos exámenes necesarios, para identificar factores de riesgo desde la primera visita, y a la vez clasificar el nivel de atención que requiere el embarazo, con el fin evitar cualquier tipo de complicaciones que comprometa la vida de la gestante y el producto, entre los antecedentes que se deben tener encuentra en las gestantes son antecedentes personales, obstétricos, familiares tratamiento recibido durante la gestación actual. A continuación se muestra la información obtenida a través de la encuesta, teniendo en cuenta los antecedentes de la embarazada, los cuales comprenden: antecedentes personales, tratamiento recibido durante la gestación actual, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, antecedentes ginecológicos

Tabla 7. Distribución de la morbilidad materna según antecedentes personales

Personales	Número	Porcentaje
Patológicos	5	18,5
Quirúrgicos	7	25,9
Traumáticos	0	0,00
No	15	55,6
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Los antecedentes personales, son aquellos que están relacionados directamente con la embarazada, teniendo en cuenta enfermedades que puedan poner en riesgo el embarazo actual, así como también procedimientos o accidentes que hayan presentado a lo largo de su vida.

La investigación logró identificar que el 18,5% de las embarazadas presentaron antecedentes patológicos, donde las enfermedades más comunes son preclampsia, toxoplasmosis, macrosomía fetal, mortinato, ruptura prematura de membranas, abortos y hemorragias en partos anteriores. De igual forma, se encontró que, el 25,9% de las embarazadas tienen antecedentes quirúrgicos, siendo la cesárea o cirugía pélvica la más frecuente, por lo que se cree que 7 de las 27 embarazadas podría dar a luz por cesárea lo cual se puede convertir en un riesgo para la salud del recién nacido. En este orden, se encontró que el 55,6% de las embarazadas presentan antecedentes traumáticos como fracturas por las cuales también han sido intervenidas quirúrgicamente.

Tabla 8. Distribución de la morbilidad materna según el Tratamiento recibido durante la gestación actual

Tratamiento recibido en la gestación actual	Número	Porcentaje
Micronutrientes	15	55,5
Antibióticos	23	85,2
Otros	2	7,4
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Durante la gestación, las embarazadas deben recibir tratamiento con micronutrientes los cuales ayudan a las madres a fortalecer su organismo durante el embarazo, y además para evitar enfermedades como la anemia la cual es una de las enfermedades más comunes durante el embarazo y una de las principales causas de complicaciones durante el parto y muertes maternas. Otro de los medicamentos que pueden ser ordenados durante el embarazo en los controles, son los antibióticos, los cuales se recomiendan ante cualquier tipo

de infección, donde las más comunes son la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias. De igual forma se puede recibir otro tipo de medicamentos durante la gestación, ya que las embarazadas pueden presentar otra clase de complicaciones propias del embarazo, ó por antecedentes de enfermedades que presenten y/o se hayan originado del embarazo o durante el mismo.

En el estudio se encontró que el 55,6% de las embarazadas consumen micronutrientes durante la gestación actual, lo cual indica que un alto porcentaje de las embarazadas tienen menor riesgo de presentar anemia durante el embarazo. De igual forma, se encontró que el 85,2% de las embarazadas consumen antibióticos en la gestación actual lo que demuestra que un alto porcentaje de la población presenta una infección ya sea IVU ó vaginosis, lo que pone en riesgo el embarazo ya que estas patologías conllevan a una ruptura prematura de membranas, hasta presentarse un nacimiento prematuro del producto lo cual puede terminar en una muerte perinatal. Teniendo en cuenta otro tipo de medicamentos recibido durante el embarazo se halló que el 7.4% de las madres consumen otro tipo de medicamentos como acetaminofén y como es el caso de una de las encuestadas que presenta toxoplasmosis, actualmente se encuentra recibiendo el tratamiento para la enfermedad.

Tabla 9. Distribución de la morbilidad materna según los antecedentes familiares

Familiares	Número	Porcentaje
Trastornos mentales	0	0
Epilepsia	1	3,7
HTAC	9	33,3
Diabetes	3	11,1
Preeclampsia	2	7,4
Eclampsia	2	7,4
Enfermedades cardiacas	0	0
Cáncer	0	0
Otros	3	11,1

Tabla 9. (Continuación)

Ninguno	10	37
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Son innumerables los factores de riesgo y su importancia puede ser mayor o menor aun cuando pueden concurrir varios factores con un efecto mayor sobre la embarazada y el producto, es por esto que, se deben tener en cuenta los antecedentes familiares de las gestantes, ya que predisponen a la embarazada a presentar enfermedades propias del embarazo como son la preclampsia y la diabetes gestacional entre otras

En cuanto a los antecedentes familiares, se encontró que el 3,7% de las embarazadas tienen antecedentes de epilepsia, 33,3% presenta antecedentes de hipertensión arterial crónica, lo cual predispone a 9 de las 27 embarazadas a desarrollar la enfermedad durante la gestación actual, siendo una de las principales complicaciones obstétricas que lleva a la embarazada a las urgencias. De igual forma se identificó que el 14,8% de las embarazadas cuentan con antecedentes de eclampsia y preclampsia, la cual está directamente relacionada con la hipertensión arterial lo cual puede afectar de manera grave la gestación, el parto y de igual forma la vida de los dos, así como también se encontró que el 11.1% presentan antecedentes de diabetes mellitus, lo que predispone a la embarazada a presentar diabetes Gestacional y al producto mal formaciones congénitas. También, se halló que el 11,1% no presenta otro tipo de antecedentes como síndrome de colon irritable, y finalmente el 37% no tienen antecedentes familiares siendo estas la mayor parte de la población.

2.1 ANTECEDENTES OBSTETRICOS (EDAD GESTACIONAL)

El conocimiento seguro de la edad Gestacional es la base para un buen éxito en el manejo del cuidado prenatal y la toma de decisiones, tales como interrupción del embarazo. Los datos patológicos presentados por la paciente en embarazos

anteriores suelen ser elementos vitales para determinar conductas médicas. En las siguientes se muestra información acerca de los antecedentes obstétricos, entre estos están los datos de la edad gestacional, complicaciones durante el parto y el periodo intergenesico, donde el aborto es uno de los datos más importantes ya que esto establece riesgo para la vida del feto y la madre.

Tabla 10. Distribución de la morbilidad materna según gestaciones

Gestaciones	Número	Porcentaje
1 y 3	24	88,9
4 y 6	3	11,1
7 o mas	0	0
Total	27	100
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Durante la gestación en los controles prenatales se debe indagar a cerca de las gestaciones previas de las embarazadas con el fin de identificar el riesgo teniendo en cuenta, si es primigestante o es múltipara. Durante la investigación se obtuvo que 88,89% de las embarazadas han tenido entre 1 y tres gestaciones previas incluyendo la actual, 11,11% han tenido entre 4 y 6 embarazos, lo que indica que este porcentaje se encuentra en mayor riesgo de presentar complicaciones durante el parto o posterior a este.

Tabla 11. Distribución de la morbilidad materna según partos anteriores

Partos	Número	Porcentaje
0 partos	14	51,8
1 y 3	9	33,3
4 y 6	0	0,00
Mortinato	1	3,7
Total población	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La multiparidad es uno de los principales factores de riesgo para que la gestante presente hemorragias postparto, lo cual puede llevar a la mujer a complicaciones

mayores durante el parto hasta una muerte materna. En el estudio se identificó que, el 51,8% de las embarazadas son primigestantes, lo que demuestra que la mitad de la población aproximadamente son clasificadas como embarazo de alto riesgo por ser su primer embarazo y además ser adolescentes con otro tipo de factores de riesgo, de igual forma se obtuvo que el 33,3% de las gestantes han tenido entre 1 y 3 partos lo cual se considera que 9 del total de embarazadas se encuentran clasificadas como multíparas, es así como también, se halló que el 3,70% correspondiendo a una de las gestantes encuestadas tuvo un mortinato en gestaciones anteriores, antecedente que es de vital importancia para la gestación actual ya que se convierte en un riesgo para la vida del producto. Ver cuadro 11 y figura 11.

Esta información es de gran importancia ya que a través de los controles prenatales se les realiza el seguimiento estricto de la gestación tanto a multíparas, granmultíparas y primigestante con el fin de garantizar un embarazo en óptimas condiciones.

Tabla 12. Distribución de la morbilidad materna según cesáreas anteriores

Cesáreas	Número	Porcentaje
1 y 2	7	25,9
3 o mas	0	0,00
Total población	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Las mujeres sometidas a cesárea primaria tienen mayor riesgo de eventos reproductivos adversos a corto y largo plazo, comparadas con las mujeres que tuvieron su primer parto por vía vaginal, razón por la cual durante la valoración de la gestante se debe preparar a la embarazada para que en lo posible tenga su parto por vía vaginal. El cuadro 12 muestran información acerca de las gestantes que se realizaron cesáreas en sus partos anteriores, donde el 25,9% de las encuestadas se realizaron entre 1 y 2 cesáreas, lo cual indica que este porcentaje su proceso de parto será por cesárea.

Tabla 13. Distribución de la morbilidad materna según abortos anteriores

Abortos	Número	Porcentaje
Uno	5	18,5
Dos	1	3,7
Tres o mas	0	0,00
Total población	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

El aborto ha sido considerado entre una de las causas principales de muertes maternas en Colombia y el responsable de múltiples complicaciones en embarazos futuros, por lo cual se requiere un control estricto de las gestantes que tienen como antecedentes abortos en una ocasión o repetidos. Durante la investigación se identificó que el 18,5% de las embarazadas tuvieron un aborto y el 3,7% de las mismas presentan dos abortos como antecedentes, correspondiendo este porcentaje a una del total de las encuestadas.

Tabla 14. Distribución de la morbilidad materna según el periodo intergenésico

periodo intergenésico	Número	Porcentaje
1 año	4	14,8
2 años	3	11,1
3 años	3	11,1
4 años	2	7,4
Mayor de 5 años	2	7,4
No aplica	11	40,7
No registra	2	7,4
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

El periodo intergenésico es el periodo o intervalo de tiempo que hay entre una gestación y otra, este periodo no debe ser menor de dos años o mayor de 5 años, ya que durante este tiempo aumenta el riesgo de complicaciones durante

el embarazo o parto, ya que el organismo no se encuentra preparado para una nueva gestación.

Durante la investigación desarrollada, se encontró que el 14,8% de las encuestadas tuvieron gestaciones con intervalos de 1 año, rango en el que se encuentra una clasificación de alto riesgo según el periodo intergenésico, de igual forma se identificó que 11,1% de las mujeres objetos de la investigación tuvieron intervalos de 2 años al igual que el intervalo de tres con un 11,1% la de la población, también, se determinó que el 7,4% presentaron intervalos de 4 años al igual de las que tuvieron intervalos mayor a 5 años, por último se encuentran las embarazadas primigestantes las cuales equivalen a un 40,7% y no aplican para este caso y las embarazadas a las que no se les encontró esta información en la historia clínica, al igual que la investigación realizada en el instituto maternoinfantil de Bogotá, donde el periodo intergenésico osciló entre uno y dos años.

En esta variable se encontraron dos aspectos importantes los cuales son, el periodo intergenésico de un año y el de mayor de cinco años, debido a que en este intervalo de tiempo se encuentra el riesgo de la embarazada a padecer complicaciones durante la gestación, además teniendo en cuenta que el 70% de la población no planificaba, por lo cual se cree que puede ser la causa principal de embarazos en un tiempo menor de un año, al igual que embarazos tardíos sin previa planificación familiar.

Tabla 15. Distribución de la morbilidad materna según las complicaciones durante el parto

Complicaciones durante el parto	Número	Porcentaje
Si	9	33,33
No	18	66,67
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Los antecedentes de complicaciones en partos anteriores predisponen a las gestantes a presentar complicaciones mayores en el embarazo actual o futuro. Teniendo en cuenta la información obtenida de las encuestas aplicadas se encontró que el 33,3% de las gestantes presentaron complicaciones durante embarazos anteriores, las cuales corresponden al mismo número de embarazadas que han tenido entre uno y tres partos. Según lo anterior, un porcentaje significativo de gestantes, pueden estar predispuestas a presentar complicaciones iguales o mayores con relación a los partos anteriores, ya que por secuelas de embarazos anteriores este es posible que sea un determinante para la presencia de nuevas complicaciones en la gestación actual razón por la cual a estas embarazadas se les debe hacer seguimiento estricto mensual, a través de revisiones periódicas y la realización de exámenes y estudios de control.

2.2. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Entre los antecedentes ginecológicos se encontraron múltiples circunstancias que son importantes en el embarazo, estas pueden incidir en el avance normal de la gestación. A continuación se muestra la información obtenida durante la investigación a cerca de la edad de menarquía y la Planificación familiar antes del embarazo.

Tabla 16. Distribución de la morbilidad materna según la edad de la menarquía

Edad de menárquia	Número	Porcentaje
10 años	1	3,7
11 años	5	18,5
12 años	7	25,9
13 años	7	25,9
Mayor de 14 años	2	7,4
No registra	5	18,5
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La menarquia considerada como la fecha en que aparece el primer periodo menstrual indica el comienzo de la capacidad reproductiva, esta favorece el desarrollo de las características sexuales presentándose entre los 10 y 16 años de edad generalmente, de acuerdo al estudio el 51,8% de mujeres tuvieron su menarquia entre los 12 y 13 años con una proporción del 25,9% respectivamente, en donde posiblemente se relacionen estas edades como edades cercanas a aquellas en las que se presenta el primer embarazo, continuando así con el 18,5% para las edades de 11 y 14 años, y por ultimo esta trascendencia de niña a mujer se presenta en un 3,7% y 7,4% en edades de 10 años y mayores de 14 correspondientemente.

Tabla 17. Distribución de la morbilidad materna según la planificación familiar antes del embarazo

Planificación familiar	Número	Porcentaje
Si	0	0
No	19	70,3
No registra	8	29,6
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La planificación familiar es un conjunto de procesos y acciones que tienen como función principal orientar a las personas acerca del número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, de acuerdo a esto, se tiene muy en cuenta especialmente a la mujer y a su capacidad de decisión, lo que puede tener repercusión directa en su salud y bienestar disminuyendo la procreación prematura, que puede incidir directamente en la reducción de la morbimortalidad materna; teniendo en cuenta lo anterior, en el presente estudio se encuentra que el 70,3% no lleva a cabo procesos de planificación familiar y una proporción de 29,6% no permite que se determine si lo hacen o no, lo que puede ser debido a fallas en la indagación al momento de diligenciar las historias clínicas maternas.

5.3. DATOS DE LA GESTACION ACTUAL

Tabla 18. Distribución de la morbilidad materna según los exámenes clínicos durante el control prenatal

EXÁMENES CLÍNICOS	1 ^{ER} trimestre	Porcentaje	2° Trimestre	Porcentaje	3 ^{ER} Trimestre	Porcentaje
Prueba de embarazo	2	7,4	0	0,00	0	0,00
Hemoclasificación	4	14,8	6	22,2	4	14,8
Hemoleucograma	7	25,9	4	14,8	6	22,2
Serología (VDRL)	5	18,5	4	14,8	6	22,2
Uroanálisis	6	22,2	4	14,8	4	14,8
Ecografía obstétrica	2	7,4	7	25,9	3	11,1
Citología cervical	2	7,4	1	3,7	4	14,8
Frotis de flujo vaginal x o riesgo parto prematuro	3	11,1	4	14,8	6	22,2
Consejería para VIH y HB	4	14,8	5	18,5	5	18,5
Test de o"Sullivan	5	18,5	7	25,9	6	22,2
Toxoplasmosis	2	7,4	6	22,2	5	18,5
Urocultivo-antibiograma	1	3,7	7	25,9	1	3,70
PRUEBA HBs Ag	2	7,4	5	18,5	4	14,8
Creatinina	1	3,7	0	0,00	0	0,00
IGM IGg	1	3,7	4	14,8	2	7,4
Total de la población	27					
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.						

Durante la consulta de la embarazada al control prenatal, es de gran importancia que se ordenen las pruebas de tamizaje y exámenes de laboratorio, así como el cumplimiento de estos por parte de la embarazada. A todas estas pacientes se les debe solicitar las pruebas de tamizaje y de laboratorio del Plan Obligatorio de Salud en el primer control prenatal, y adicionalmente las pruebas específicas

según la indicación y patologías hacia donde se identifique el riesgo de la gestante.

Respecto a los exámenes de laboratorio realizados a las embarazadas durante los controles prenatales se tiene que, las embarazadas que asistieron a la consulta durante el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo en su primer control prenatal, al 51,8% de la población se les ordenó Hemoclasificación el cual es fundamental para identificar pacientes que tengan el factor Rh negativo, de igual forma se identificó el 62,9% se les realizó Hemograma con el fin de conocer el volumen plasmático y además descartar anemia por deficiencia de hierro, en este sentido, la información obtenida muestra que al 55,5% de las gestantes se les ordenó VDRL prueba presuntiva para identificar la sífilis gestacional la cual puede tener sus inicios en el primer trimestre de embarazo.

En este orden de ideas, se logró identificar que el 51,8% de las embarazadas inscritas en el primero, segundo y tercer trimestre se les ordenó Uroanálisis, teniendo en cuenta que este examen es muy importante para el diagnóstico de enfermedades renales en la embarazada, así como también se obtuvo información a cerca de la realización de ecografías donde el 44,4% de las embarazadas se les ordenaron, ya que a través de esta pueden observar el estado en el que se encuentra el producto (posición, presentación, tamaño, peso...), en cuanto a la realización de la citología vaginal, esta se le realizó al 25,9% de las embarazadas examen a través del cual se puede diagnosticar en estadios avanzados

Teniendo en cuenta que el Frotis vaginal se les realiza a las embarazadas que presentan leucorrea por vaginosis, durante la investigación se identificó que el 48,1% de las embarazadas presentaron esta anomalía por lo que se les realizó el estudio con el fin de ordenar el tratamiento indicado según el microorganismo causal, así mismo, se les realizó el tamizaje para VIH, ya que a través de este se puede evitar la transmisión vertical madre-hijo si la gestante

presenta la enfermedad y también a fin de que se le ordene el tratamiento adecuado y oportuno que requiere.

Tabla 19. Distribución de la morbilidad materna según la captación de la embarazada

Captación de la embarazada	Número	Porcentaje
Por orientación de familiar	3	11,1
Por decisión propia	12	44,4
Posterior a una consulta medica	2	7,4
No registra	10	37,0
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Para el desarrollo oportuno de las actividades en el control prenatal, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biopsicosociales y condiciones propias de este estado.

En este sentido al obtener información a cerca de la captación de la embarazada teniendo en cuenta la motivación de la misma para inscribirse en el programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, se encontró que el 11,1% de las embarazadas asistieron al primer control prenatal por orientación de un familiar, a diferencia del 44,4% que ingresó por decisión propia siendo este el mayor porcentaje de las embarazadas, de igual forma se identificó que el 7,41% de las gestantes asistió a su primer control posterior a una cita médica lo que pudo haber ocurrido por desconocimiento de la embarazada de su estado, es importante señalar que el 37% no registra en la historia clínica. La información anterior es significativa ya que la institución de salud debe implementar estrategias a través de las cuales se dé una captación oportuna de la gestante con el fin de identificar factores de riesgo que pueden ser tratados oportunamente y llevar una secuencia del estado de la madre y el producto.

Tabla 20. Distribución de la morbilidad materna según el trimestre de captación de la embarazada

Trimestre de captación	Número	Porcentaje
1 ^{er} trimestre	9	33,3
2 ^o trimestre	13	48,1
3 ^{er} trimestre	5	18,5
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Las complicaciones que se presentan durante el embarazo deben ser tratadas oportunamente con el fin de que sean minimizadas para la gestante y evitar secuelas, es por esto que la embarazada debe asistir lo antes posible a los controles prenatales. En este sentido, el 33,3% de las gestantes se inscribieron al control en el primer trimestre de embarazo lo cual incluye el primer, segundo o tercer mes de embarazo. Por otro lado se encontró que, el 48,1% asistió a su primer control prenatal durante el segundo trimestre, a diferencia del 18,5% fue inscrita en el tercer trimestre, en contraste con la investigación realizada en la universidad nacional de morbilidad materna donde el 50% de la población embarazada inicio su control prenatal en el primer trimestre de embarazo.

Según la información anterior el 50% de la población no fue oportunamente a los controles, sumándose a esto que las gestantes objetos de la investigación, se encuentran clasificadas como alto riesgo obstétrico, lo que indica que el tratamiento aplicado según el riesgo no se está realizando de manera oportuna ó es posible anexar que las gestantes acudieron a su primera cita al momento de presentar algún signo de alarma.

Tabla 21. Distribución de la morbilidad materna según las citas cumplidas durante el embarazo actual

Citas cumplidas al control	Número	Porcentaje
1 Y 3	27	100
4 Y 6	0	0
7 Y 9	0	0
No registra	0	0
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Durante el control prenatal, la gestante debe asistir a nueve controles, durante los cuales se le realiza actividades de seguimiento a la embarazada el cual consiste en examen físico, solicitud y análisis de exámenes clínicos, análisis de las curvas, formulación de micronutrientes, brindar educación a cerca de los signos de alarma citas de control, entre otros, así como también hacer remisiones a curso de preparación para el parto, diligenciar, entregar y dar recomendaciones sobre uso del carné.

Uno de los principales hallazgos durante la aplicación de las encuestas, fué que el 100% de la población asistió entre uno y tres controles prenatales, este alto porcentaje embarazadas encuestadas son clasificadas como alto riesgo, por lo cual fueron remitidas a ginecología quien continuó con los controles siguientes. Ahora bien, es importante tener en cuenta que el total de las gestantes no se remitieron, las cuales se les realizó el manejo de la enfermedad por médico general y enfermería. De igual forma en la investigación realizada en el hospital la Victoria de que un gran porcentaje no ha asistido entre 1 y 3 controles prenatales.

Teniendo en cuenta que, un alto porcentaje de la población que consultó para los controles prenatales fueron identificadas como alto riesgo por presentar complicaciones, a las gestantes no se les realizó el seguimiento adecuado, la inscripción al control no fue oportuna por lo cual la captación de la embarazada según lo estipulado en la norma técnica no se está llevando a cabalidad.

5.4. INASISTENCIA AL PROGRAMA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.

La asistencia de la embarazada a los controles prenatales es una de las actividades más importante que debe realizar la embarazada en el transcurso de la gestación, para identificar la oportunidad de atención de estas pacientes es necesario tener en cuenta el número de asistencias e inasistencias de las gestantes al control, con el fin de crear estrategias que motiven a las embarazadas a continuar con la secuencia de los controles.

A continuación se muestra la información, del número de asistencias al control prenatal, número de inasistencias al control, causas de insistencia según las cuatro demoras.

Tabla 22. Distribución de la morbilidad materna según el número de inasistencias al control durante el embarazo actual.

Numero de inasistencias	Número	Porcentaje
2 y 4	0	0
5 y 6	4	14,81
7 y 9	22	81,48
No registra	1	3,70
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

La inasistencia al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo, hace referencia a las inasistencias al control prenatal. De acuerdo al número de inasistencias de las embarazadas a los controles, se logró identificar que el 14,8% de las embarazadas faltaron entre 5 y 6 controles prenatales, diferencia del 81,5% que inasistieron entre 7 y 9 controles prenatales. Esta información está directamente relacionada con el número de citas cumplidas al control, es decir de acuerdo al número de asistencias así será el de inasistencias respectivamente, cabe resaltar que un gran porcentaje de esta población no

regresó a los controles por enfermería debido a que se remitieron a ginecología con un total de 24 pacientes remitidas.

5.6. CAUSAS DE LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL SEGÚN LAS 4 DEMORAS.

Tabla 23. Distribución de la morbilidad materna según la demora 1 (demora en reconocer el problema)

Demora 1	Número	Porcentaje
Habilidad de la embarazada y su familia para reconocer complicaciones	2	7,4
Falta de conocimiento de los factores de riesgo	2	7,4
Falta de conocimiento de los derechos como usuaria	0	0,00
Falta de conocimiento de donde buscar ayuda	0	0,00
Conocimiento acerca del ingreso oportuno al control prenatal	1	3,7
Adherencia al control y manejos	2	7,4
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Las demoras, consideradas como el retraso en los procesos o actividades, contribuyen en el desarrollo del embarazo de manera negativa, debido a que, limitan la acción efectiva que ante un factor de riesgo deba realizarse; de acuerdo a lo anterior, son diferenciadas entonces, cuatro demoras, entre las cuales, la inicial, indaga por la situación de la mujer y su comunidad, sus habilidades, hábitos y dificultades, sobre aquello que existió cuando las mujeres no buscaron la atención o lo hicieron tardíamente debido a que, según el estudio, en un 7,4% ellas o sus familias no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o cuando, a pesar de hacerlo, no hubo oportunidad de decisión y acción para consultar, además, frecuentemente en un 7,4% se asume que hay desconocimiento de los factores de riesgo e igualmente, con un mismo porcentaje, la inadecuada o inexistente adherencia al control y los

manejos concernientes a la gestación y sus etapas, agregando además que, en un 3,7% se identifica también desconocimiento del ingreso oportuno al control prenatal.

A consecuencia de lo anterior, se permite relacionar que, las mujeres que no son capaces de reconocer a tiempo el problema se encuentran dentro del grupo característico inicial, que relaciona las edades tempranas de inicio de las gestaciones, la baja escolaridad y los bajos niveles socioeconómicos en general.

Tabla 24. Distribución de la morbilidad materna según la demora 2 (demora en decidir buscar ayuda)

Demora 2	Número	Porcentaje
Debido a factores socioculturales	3	50,00
Por facilidad y costo en el transporte y accesibilidad	3	50,00
Reputación de los servicios de salud donde es atendida	0	0
Total	6	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Consecuentemente, de acuerdo a la segunda demora, es preciso definir si existió esta para decidir solicitar ayuda, siendo la identificación de la necesidad correspondiente a la accesibilidad a los servicios de salud, el factor que influencia este retraso, donde son característicos de dicha demora y de acuerdo al presente estudio, la presencia de factores socioculturales propios de aspectos valorados anteriormente de acuerdo a la demora inicial con un 50,0%, así como la inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público que corresponde del mismo modo a un igual porcentaje, aspectos en los que también intervienen la falta de estructura vial y de comunicaciones como los factores económicos que dificultan el traslado y demás caracteres propios de una atención oportuna durante la gestación.

De esta manera, la demora número dos se ve directamente influenciada por la demora uno, debido a que, si no se reconoce el problema que se presenta en el desarrollo del embarazo, se influye directamente en la oportunidad de la solicitud de la ayuda requerida, proyectando resultados que pueden afectar directamente la progresión normal de la gestación.

Tabla 25. Distribución de la morbilidad materna según las remisiones durante el embarazo

Remisiones durante el embarazo	Número	%
Ginecólogo	24	88,8
Psicólogo	14	51,8
Odontólogo	27	100
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Las remisiones durante los controles de embarazo, es el proceso mediante el cual a través de la identificación de patologías relacionadas con los signos de alarma o no se remite a otro servicio o especialidad donde se atienda , estas pacientes que son remitidas presentan un diagnostico clínico que requiere valoración por especialistas, de igual forma, se remiten a otros servicios tales como psicología en el caso de las embarazadas que sean menores de edad y el servicio de odontología al cual se deben remitir toda la población.

De acuerdo con el estudio realizado, el 88,9% de las gestantes fueron remitidas al ginecólogo, el 51,8% se remitieron al servicio de ginecología y el 100% se remitieron a odontología. Teniendo en cuenta lo anterior, las embarazadas que se remitieron a ginecología, desarrollaron durante el embarazo vaginosis, infección de vías urinarias, cesárea anterior, dolor bajito, sangrado vaginal, riesgo de izoinminizacion, toxoplasmosis entre otros, es por esto de un alto porcentaje de estas embarazadas no volvieron al control prenatal por enfermería y medico general. Por otro lado, en cuanto a la remisión de las embarazadas al servicio de psicología, hace referencia a las gestantes menores de 20 años,

debido a que se les debe hacer un seguimiento por parte del profesional con el fin de evitar alteraciones emocionales, físicas y otras que alteren el proceso normal del embarazo, por ultimo encontramos las remisiones al servicio de odontología, las cuales se deben realizar a todas las embarazadas a fin de identificar factores de riesgo que pongan en riesgo la vida del producto o la madre.

Tabla 26. Distribución de la morbilidad materna según las causas de remisiones durante el embarazo.

Causas de remisiones	Número	%
Edema	0	0
Ausencia de movimientos fetales	0	0
Dolor bajito	5	18,5
Epigastralgia	0	0,00
Alteraciones visuales y auditivas	0	0,00
Infección de vías urinarias	9	33,3
Dolor de espalda	0	0,00
Sangrado vaginal	2	7,4
Aumento de la tensión arterial	0	0,00
Dolor de cabeza intenso	0	0,00
Vaginosis	19	70,3
Anemia	4	14,8
Cesárea anterior	1	3,7
Aborto anterior	1	3,7
Ingreso tardío	1	3,7
Menor de 20 años	1	3,7
Riesgo de izoinminizacion	1	3,7
Amenaza de aborto	2	7,4
Condilomatosis	2	7,4
Toxoplasmosis	1	3,7
Total	27	100%
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Las causas principales por las cuales se remite a una paciente a revisiones de otro nivel como los controles por ginecología, entre las que se destacan las

infecciones vaginales, urinarias y antecedentes de otros embarazos que comprometan la evolución normal del parto actual, no obstante, estas gestantes pueden ser remitidas a otros servicios, ya que se pueden desarrollar durante el embarazo algún tipo de complicaciones que predisponen a las madres a desarrollar una complicación mayor.

En relación con el comportamiento de la morbilidad materna en las embarazadas encuestadas, se encontró que el 18,5% de las gestantes presentaron dolor bajito en el embarazo actual, por otro lado el 33,3% presentó infección de vías urinarias la cual fue identificada durante la primera consulta de las gestantes al control prenatal, al igual que la vaginosis con un resultado de 70,4% siendo esta enfermedad más común de las gestantes, las cuales se encuentran recibiendo tratamiento con antibióticos (85,2%) al igual que en las IVU, de igual forma se logró identificar que el 14,8% desarrolló durante el embarazo actual anemia, la cual se considera por debajo de 8mg/dL, en este orden de ideas, encontramos la amenaza de aborto la cual es uno de las complicaciones con mayor incidencia con un comportamiento del 7,4% de las gestantes, entre otras complicaciones encontramos la Condilomatosis con un 7,4% de la población y la toxoplasmosis con un comportamiento del 3,7%, estas dos últimas complicaciones se encuentran con menor incidencia en las alteraciones que se presentan durante la gestación.

De acuerdo a la información anterior es importante tener en cuenta que un alto porcentaje de las gestantes objetos de la investigación se encuentran recibiendo tratamiento con antibióticos, ya que presentan una patología infecciosa, la cual se presentó con mayor intensidad en esta población, estas patologías fueron detectadas durante el primer control prenatal a través de exámenes de rutina y de control como Uroanálisis, Urocultivo, citología vaginal, y Frotis vaginal. en cuanto a las otras complicaciones como sangrado vaginal, amenaza de aborto, riesgo de inmunización entre otros, se presentaron en menor cantidad. es por esto que la embarazada asista a los controles desde el primer mes de

embarazo, con el fin de que se detecte una enfermedad a tiempo, se realice el tratamiento adecuado y de esta manera asegurar un embarazo normal y un parto en buenas condiciones.

5.7. CLASIFICACION DE LA GESTANTE SEGÚN EL RIESGO

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño a la salud-una enfermedad, la complicación de la misma o la muerte en un periodo de tiempo. En este sentido un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o en la comunidad. En el embarazo, estos factores de riesgo se pueden presentar en el anteparto, durante el transcurso del embarazo, intraparto o en el periodo neonatal.

TABLA 27. Distribución de la morbilidad materna según la gestación de riesgo inminente

Gestación con riesgo inminente	Numero	Porcentaje
Embarazo mayor de 41 semanas	0	0
IVU con fiebre	0	0
HTA no controlada	0	0
Visión borrosa	0	0
Palidez palmar severa y/o HB < 7g/dl	0	0
Enfermedad sistémica severa	0	0
Disminución o ausencia de movimientos fetales	0	0
Diabetes no controlada	0	0
Presencia de convulsiones	0	0
Cefalea intensa	0	0
Edema en cara, manos y piernas	0	0
Total		27
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

El riesgo inminente es aquel que puede comprometer la vida de la gestante y el producto en corto tiempo, entre estos se destaca el embarazo mayor a 41 semanas, enfermedad sistémica severa, disminución o ausencia de los movimientos fetales, convulsiones, diabetes y el edema. Durante la investigación

realizada no se obtuvo datos a cerca de embarazadas clasificadas con riesgo inminente, lo cual indica que el 100% de las embarazadas se encuentran clasificadas como riesgo alto o son riesgo.

A continuación se presentan resultados obtenidos según los riesgos a los que estuvieron expuestos las gestantes durante el embarazo, teniendo en cuenta si fueron clasificadas como riesgo alto o riesgo inminente.

TABLA 28. Distribución de la morbilidad materna según la gestación con riesgo alto

Gestación con alto riesgo	N	%
Menor de 20 años o mayor de 35 años	14	51,8
Periodo entre embarazo < 2 años	0	0,00
Altura uterina no correlaciona con la edad Gestacional	0	0,00
Enfermedad sistemática controlada	0	0,00
Infección urinaria sin fiebre	9	33,3
Hipertensión controlada	0	0,00
Flujo vaginal refractario	19	70,3
Alcoholismo tabaquismo o drogadicción	0	0,00
Ganancia inadecuada de peso	0	0,00
Madre Rh (-)	1	3,7
VDRL, VIH o hepatitis b positivos	0	0,00
Condilomatosis	2	7,4
Toxoplasmosis	1	3,7
Sin inmunización con toxoide tetánico	5	18,5
Primigesta o gran múltipara	6	22,2
Sin control prenatal	27	100
Antecedentes de hijos prematuros, bajo peso o malformados	2	7,4
Antecedentes de aborto habitual, muerte fetal neonatal temprana	5	18,5
Diabetes controlada	0	0,00
Palidez palmar y/o HB ≥ 7 y < 12 g/dl	2	7,4
Antecedentes de violación o maltrato	0	0,00
Ingesta de drogas teratogénicas	0	0,00
IMC < 20 o > 30	0	0,00

Tabla 28 (Continuación)

Gestación múltiple	2	7,4
Problemas bucales o peridontales	0	0,00
Síndrome anémico	1	3,7
Total	27	
Fuente: encuestas diligenciadas con las historias clínicas y llamadas a las embarazadas.		

Los factores de riesgos altos, hace referencia a aquellos que pueden ser tratados a largo plazo, donde es de gran importancia tomar la correctivas necesarias y oportunas con el fin de disminuir la mortalidad materna.

Así, en la información obtenida de las historias clínicas de la gestantes, se logró determinar que la causa principal por la cual el 70,4% de las gestantes fueron clasificadas como alto riesgo es el flujo vaginal refractario, seguido del 51,8% clasificadas por ser menores de 20 años y mayores de 35 años, siendo las de 20 años la mitad de la población investigada, así como también se identifico que el 33,3% de la población presentó infección de vías urinarias sin fiebre, por otro lado encontramos a las primigestantes o gran múltipara con un 22,2% con un riesgo alto de presentar complicaciones en el embarazo actual, por ultimo están los Antecedentes de aborto habitual, muerte fetal neonatal temprana el cual se manifestó con un 18,5% de la población.

Teniendo en cuenta las llamadas realizadas a las embarazadas un número elevado presentaron complicaciones durante la gestación, donde Los resultados principales fueron, abortos, embarazos ectópicos, partos prematuros y otros. cabe resaltar que estas se caracterizaban por ser menores de 20 años, mayores de 35 años, con antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores, morbilidad sin tratamiento y principalmente no asistieron a mas de dos o tres controles prenatales, donde la vida de la gestante estuvo en peligro.

10. CONCLUSIÓN

La morbilidad en las mujeres embarazadas inscritas al programa de detección temprana del embarazo en el Camu el Amparo sede villa margarita, es significativa, teniendo en cuenta el estado de inactivas en el programa, la clasificación del riesgo y la asistencia a los controles. Así pues, esta condición de la embarazada ha tenido una ligera tendencia a aumentar debido a que en el año 2012 el número de inactivas y de alto riesgo es mayor que en el año 2011.

Se logró identificar que la edad de las embarazadas se comportó como un factor de riesgo para la aparición de enfermedades en las mismas así como también la escolaridad, el nivel de educación y la ocupación. Otro factor muy importante en el desarrollo de la investigación, son los antecedentes tanto familiares como personales, ya que el 100% de la población fue clasificada como alto riesgo, algunas solo por antecedentes personales entre ellos los obstétricos y ginecológicos. Cabe resaltar la edad gestacional en cuanto al aborto donde 5 mujeres del total de la población han tenido esta complicación en embarazos anteriores, y así mismo que la edad destacada en el estudio con el 51,8%, de la población objeto de estudio es menor de 20 años.

En los datos obtenidos de la gestación actual se identifico que solo al 55% de la población se les realizo la prueba de sífilis gestacional lo que indica que este porcentaje tiene riesgo de izoinmunización. Por otro lado se encontró que el 26% de la población se realizo citología durante la gestación actual teniendo en cuenta que el 70,3% de la población presentó vaginosis bacteriana durante el embarazo, al igual que en la realización del frotis vaginal se halló que al 48% de la población se les realizó.

Se logró concluir que un alto porcentaje de la población asistió a su primera cita en el segundo y tercer trimestre del embarazo, lo cual aumentó los riesgos de la embarazada y la menor posibilidad de tener un control adecuado de las complicaciones que presentaban, teniendo en cuenta que el 100% de la

población asistió entre una y tres citas al control prenatal, lo cual se cree que el 88,9% de la población no regreso a los controles por enfermería debido a que fueron remitidas a ginecología algunas por patologías infecciosas como vaginosis con un 70,3% y infección de vías urinarias con un 33,3% y otras por complicaciones como toxoplasmosis y antecedentes ginecológicos y obstétricos significativos. Lo anterior nos muestra que el 100% de las gestantes son clasificadas como alto riesgo obstétrico por inasistencia a los controles, donde en las causas principales se logró resaltar la falta de conocimiento de los factores de riesgo, la habilidad de la embarazada y su familia para reconocer complicaciones, el conocimiento acerca del ingreso oportuno al control prenatal, La adherencia al control y manejos, debido a factores socioculturales y por facilidad y costo en el transporte y accesibilidad

Se encontró la clasificación del riesgo donde se identifico que un alto porcentaje de la población es menor de 20 años y mayor de 35, lo cual aumenta el riesgo de la embarazo a presentar complicaciones durante la gestación y el parto, al igual que la población que presenta infecciones vaginales y urinarias siendo estas dos las causas principales por las cuales las embarazadas asistieron al primer control prenatal y fueron remitidas al especialista. También, se encontró que el 22,2% de la población es primigesta o gran multípara, tenido en cuenta que el 51,8% de la población no ha tenido partos anteriores y el 33,3% ha tenido entre uno y tres partos. Otra de las patologías encontradas en las embarazadas y que es poco común es la toxoplasmosis y condilomatosis a las cuales se les administro el tratamiento adecuado, Es importante resaltar que se identificaron madres sin inmunización con toxoide, antecedentes de aborto habitual, muerte fetal neonatal temprana, antecedentes de hijos prematuros, bajo peso o malformados, palidez palmar y/o $HB \geq 7$ y < 12 g/dl y gestación múltiple.

11. RECOMENDACIONES

Implementar alianzas estratégicas a nivel educativo desde los centros de formación académicos, para favorecer la realización de prácticas sexuales seguras, con lo cual se puede disminuir el embarazo en adolescentes.

Desarrollar campañas de captación de la embarazada en sitios estratégicos, usando recursos como las practicas institucionales.

Realizar diariamente del proceso de actualización de la Base de datos del Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, registrando adecuadamente los datos y favoreciendo el cierre de casos.

Comprometer a todo el personal que labora en la Institución y si es posible de manera diaria a los usuarios para que la captación oportuna de las embarazadas se lleve a cabo según lo establecido en la norma.

Realizar oportunamente el proceso de llamadas a inasistentes para así identificar la causa de la falla al control e intervenir en esta, y de acuerdo a lo encontrado hacer el cierre de los casos en la base de datos del programa y en las Historias clínicas.

Realizar socializaciones de la Norma Técnica de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo con el personal encargado de la atención directa de las gestantes, para que se lleve a cabo un correcto diligenciamiento de las Historias clínicas favoreciendo la inclusión de datos adecuados.

Implementar una estrategia de seguimiento a las embarazos que se encuentran realizando sus controles por ginecología.

Diligenciar las historias clínicas con todos los datos que sean de gran importancia en el seguimiento de la embarazada por la cual ha sido clasificada como alto riesgo obstétrico.

Diligenciamiento de las historias clínicas con letra clara por parte de los médicos y las enfermeras.

Desarrollar capacitaciones continuamente a la red de apoyo a cerca de la captación oportuna de la embarazada

12. BIBLIOGRAFÍA

ALFONZO, Nataly y ANGEL, Daniela. Morbilidad. [Diapositivas]. Universidad del oriente. Departamento de anatomía patología.

ÁLVAREZ TOSTE, Mireya, et al. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Septiembre- diciembre, 2010. v.48 n.3. p 1-12.

BOADA, Lucia y COTES BENITEZ, Miriam. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. En: (6: 18-20 octubre 2003) Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Colombia. Organización Panamericana de la Salud. p. 1-23.

CARRILLO, Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. En: Revista ciencias de la Salud. Mayo-agosto 2007. vol.5 no.2. p. 1-21.

CÁCERES MANRIQUE, Flor de María. El control prenatal una reflexión urgente. En: Revista colombiana de obstetricia y Ginecológica. vol 2. no. 2. p 165-170.

-----,-----, En: Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Mayo de 2009. vol. 60. no. 2. p. 105-170.

FAYAD SAETA, Yamile. Materna crítica durante el período 2004-2008. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Octubre-diciembre, 2009. vol. 35, no. 4. 2 p.

FORO COMPARTE TU EMBARAZO. (21 de enero de 2009,). Enfermedades comunes en el segundo trimestre. Capital federal- Argentina. Jelsoft Enterprises. 2010. 2 p.

KARAM CALDERÓN, Miguel Ángel. Aspectos sociales de la mortalidad materna, Estudio de caso en el Estado de México. En: Medicina Social. julio 2007. vol 2, No 4. p. 1-14.

LAZA VÁSQUEZ, Celmira; ARÉVALO SÁNCHEZ, Elizabeth y PUERTO LOZANO, Marcela Ivón. Mortalidad materna perinatal en Colombia: Una mirada holística desde enfermería. En: Revista de enfermería. Marzo de 2009. vol. 13. no.1. p. 19-26.

LEIVA HIDALGO, Alberto de. Congreso Internacional de Prediabetes y Síndrome Metabólico. (23-25 de Agosto, 2012). Actuación en la diabetes Gestacional (resumen). Lima-Perú. Universidad Autónoma de Barcelona. 2012. p. 1-11.

MARIÑO MARTÍNEZ, Carlos y VARGAS FIESCO, Diana. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el instituto materno infantil hospital la victoria.

Especialista en ginecología y obstetricia. Bogotá. Universidad nacional de Colombia. 2010. 72 p.

MINISTERIO DE SALUD. Prevención parto prematuro. Santiago de Chile. Informe de la Subsecretaría de Salud Pública. 2010. ISBN: 978-956-8823-84-9.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. Guatemala, Serviprensa, 2011. Informe final. ISBN 978-9929-587-39-7.

MORALES-OSORNO, Bernardo, *et al.* Morbilidad materna extrema en la Clínica. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Julio-Septiembre, 2007. vol.58, no.3. p 24.

QUIROGA FEUCHTER, Germán, *et al.* Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. En: Revista de medicina. Marzo, 2006. 45 (2). p. 169-172.

RANSOM, Elizabeth y YINGER, Nancy. Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. En: (12 julio 2002). Por una maternidad sin riesgos. Washington, DC. Organización Mundial de la Salud. 2002. 1-32 p.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 00412 del 2000. (Mayo 2007). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de PE y DT y la atención de enfermedades de interés en salud pública. (Bogotá). El Ministerio, 2000 6 p.

RODRÍGUEZ IGLESIAS, G; CALZADO, J y RIVEIRO, L. Atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. 1999 Cuba. 25 p.

RODRÍGUEZ NÚÑEZ, AC; CÓRDOVA, A y ÁLVAREZ, M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave Cuba. En: Revista Cubana Obstetricia Ginecología. Septiembre-diciembre, 2004. Cuba 2005. vol. 30, no. 3. p. 1-14.

Un espacio creado para ti, Para leer, conversar y compartir. Curso psicoprofiláctico: Preparándote para ser papá y mamá. Blog calidad de vida. 15 mayo de 2012. vol. 3.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Análisis de la situación de salud en Colombia- Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Bogotá. Ministerio de la Protección Social y Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. 2010. Tomo III. ISBN: 978-958-8717-07-4.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008

VIGIL DE GRACIA, Paulino, *et al.* Ruptura prematura de membranas. Cali-Colombia, FLASOG, 2011. vol. 1.

WAGAARACHI, PT, et al. Sosteniendo un espejo: el cambio de la práctica obstétrica a través de auditoría basada en criterios clínicos en los países en desarrollo. En: Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2001. vol. 74. no 2. P 119-130.

ZAPATA, Luis. Taller Pre-Congreso. Derechos Sexuales y Reproductivos. En: (19 octubre de 2002. Santa Cruz de la Sierra-). Bolivia: FLASOG. 2002.

ANEXO A

INFORME DE PRUEBA PILOTO

MORBILIDAD MATERNA E INASISTENCIA AL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO, 2012

Teniendo en cuenta que durante una investigación se pueden presentar sesgos relacionados con la elaboración de la encuesta, con la muestra, con la recolección de los datos y el análisis e interpretación de la información, presentamos un informe de la aplicación de la encuesta en donde analizamos cada sesgo.

En primer lugar los sesgos de definición que son los que se cometen en el momento de planificar y preparar la encuesta o estudio. Para esto los investigadores deben tener conocimiento acerca del tema y lo que se quiere buscar; se presentó dificultades con la aplicación del instrumento ya que al momento de la aplicación de la encuesta en el área escogida se sugirieron incluir más datos que brindaran información clave para el desarrollo de proyecto, los cuales fueron las cuatro demoras de la embarazada al momento de asistir a los controles prenatales.

Ahora bien, en cuanto a los sesgos del muestreo el cual incluye los sesgos según la falta de representatividad de la muestra, donde la muestra escogida para la aplicación de la prueba piloto es a un 10% (3 encuestas) de la población, la cual representó la población objeto obteniendo los resultados positivos que se esperaba encontrar, para la aplicación del instrumento se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y la aplicación del consentimiento informado creado para la aplicación de las encuestas. Durante el proceso de aplicación de la prueba piloto, se presentaron inconvenientes con la población de la sede escogida del CAMU el Amparo por lo que se decide tomar la población del centro de salud Villa Margarita.

Por otro lado se identificaron los sesgos de la toma de datos los cuales se pueden identificar a través de la recolección de los datos, ya sea por información incompleta, con errores o por la modificación de la muestra durante el desarrollo del proyecto. Durante la aplicación del instrumento, teniendo en cuenta que la encuesta fue diligenciada por el investigador no se presento ningún inconveniente o confusión en la consignación de los datos, se modifico el instrumento inicial, las embarazadas suministraron la información necesaria para el llenado de la encuestas facilitando la revisión del carnet materno.

En última instancia se encontró los sesgos de análisis e interpretación de los datos, encontramos el análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta, la cual muestra la información necesaria para el desarrollo de los objetivos planteados en el trabajo, por tanto mide lo que se busca medir.



N IT 891080031-3

Universidad de
Córdoba,
comprometida con
el desarrollo
regional.

ANEXO B

MORBILIDAD MATERNA E INASISTENCIA AL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO, 2012

Fecha de encuesta _____ código ☐ ☐ ☐

OBJETIVO: Determinar la relación existente entre la morbilidad materna y la inasistencia al programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo, a través de la aplicación de instrumentos (encuestas) a las embarazadas inasistentes al control, con el fin de presentar los fundamentos necesarios que permitan a la Institución desarrollar las estrategias ya existentes en la misma de manera óptima y contribuir a minimizar la problemática encontrada en el Camu El Amparo – Sede la Granja de Montería, en el segundo trimestre del año 2012.

IDENTIFICACION

Edad: _____ Seguridad social _____

Ocupación: _____ Dirección _____

Estado civil: C ☐ S ☐ UL ☐ V ☐ D ☐ otros.
Cual? _____

Estrato: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

Escolaridad: PI ☐ PC ☐ BI ☐ BC ☐ T ☐ U ☐

1. ANTECEDENTES

1.1. Personales

Patológicos: SI ☐ NO ☐ CUAL? _____

Quirúrgicos: SI ☐ NO ☐ CUAL? _____

Traumáticos: SI ☐ NO ☐ CUAL? _____

Tratamiento recibido durante la gestación actual _____

1.2. Familiares

Trastornos mentales ☐ epilepsia ☐ HTAC ☐ preclampsia ☐
Eclampsia ☐ enfermedades cardiacas ☐ cáncer ☐ Otros. ☐
Cual _____

1.3. Obstétricos

Edad Gestacional

Embarazos Partos Cesárea Abortos

Complicaciones obstétricas y perinatales previas: SI ☐ NO ☐

CUAL: _____

Fecha de finalización del último embarazo: D/___M/___A_____

Periodo intergenesico: 1 año ☐ 2años ☐ 3años ☐ 4años ☐
otros _____

1.4. Ginecológicos

Edad de menarquía _____ Edad inicio de relaciones sexuales _____

FPP: D/___M/___A/_____ Planificación familiar: SI ☐ NO ☐

2. DATOS DE LA GESTACION ACTUAL

2.1. Edad gestacional probable

FUM: D/___M/___A/_____ Altura _____ uterina _____
Ecografía _____

2.2. Solicitud de exámenes clínicos durante el control prenatal.

primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre

2.3. Asistencia al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo.

Fecha de inicio del control prenatal: D/___M/___A/_____

Captación de la embarazada al control prenatal: por agente comunitario ☐

Por orientación de un familiar ☐ Posterior a una consulta médica ☐

Por decisión propia ☐

Numero de citas cumplidas de control prenatal: _____

2.4. Inasistencia al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo.

Numero de inasistencias al control prenatal: _____

Causas de la inasistencia al control prenatal teniendo en cuenta las cuatro demoras.

DEMORA 1 (demora en reconocer el problema)

Habilidad de la embarazada y su familia para reconocer complicaciones ☐

Falta de conocimiento de los factores de riesgo ☐

Falta de conocimiento de los derechos como usuaria ☐

Falta de conocimiento de donde buscar ayuda ☐

Conocimiento acerca del ingreso oportuno al control prenatal ☐

Adherencia al control y manejos ☐

DEMORA 2 (demora en decidir buscar ayuda)

Debido a factores socioculturales ☐

Por facilidad y costo en el transporte y accesibilidad ☐

Reputación de los servicios de salud donde es atendida ☐

DEMORA 3 (demora en llegar a la institución de atención)

Falta de protocolos de atención o incumplimiento	
Personal insuficiente. Entrenamiento del personal	
Falta de oportunidad para la atención (urgencias, interconsultas y procedimientos)	
Deficiencias en los servicios de apoyo diagnóstico.	
Deficiencia en la calidad de la historia clínica	
Actividades de P y P inexistentes o ineficientes	
Humanización del servicio	

DEMORA 4 (demora en recibir un tratamiento adecuado en la institución)

- Por circunstancias geográficas o de orden público ☐
- Inconvenientes con la disponibilidad y eficiencia en el transporte ☐
- Barreras administrativas relacionadas con la afiliación ☐
- Por factores económicos que dificultan el transporte ☐

2.5. Hospitalizaciones durante el embarazo:

Numero de hospitalizaciones_____

edema		Sangrado vaginal	
Ausencia de movimientos fetales		Aumento de la tensión arterial	
Dolor bajo		Dolor de cabeza intenso	
Epigastria		Flujo vaginal	
Alteraciones visuales y auditivas		Alteraciones urinarias	
Infección de vías urinarias		anemia	
Dolor de espalda			

2.6 clasificación del riesgo durante la gestación actual.

GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE

Embarazo mayor de 41 semanas		Disminución o ausencia de movimientos fetales	
IVU con fiebre		Diabetes no controlada	
HTA no controlada		Presencia de convulsiones	
Visión borrosa		Cefalea intensa	
Palidez palmar severa y/o Hb < 7g/dL		Edema en cara, manos y piernas	
Enfermedad sistémica severa			

GESTACION CON ALTO RIESGO

Menor de 20 años o mayor de 35 años		Primigesta o gran múltipara	
Periodo entre embarazo < 2 años		Sin control prenatal	
Altura uterina no correlaciona con la edad gestacional		Antecedentes de hijos prematuros, bajo peso o malformados	
Enfermedad sistemática controlada		Antecedentes de aborto habitual, muerte fetal neonatal temprana	
Infección urinaria sin fiebre		Diabetes controlada	
Hipertensión controlada		Palidez palmar Y/o Hb ≥ 7 y < 12 g/Dl	
Flujo vaginal refractario		Antecedentes de violación o maltrato	
Alcoholismo tabaquismo o drogadicción		Ingesta de drogas teratogénicas	
Ganancia inadecuada de peso		IMC < 20 o > 30	
Madre RH (-)		Gestación múltiple	
VDRL, VIH O Hepatitis B positivos		Problemas bucales o periodontales	
Sin inmunización con toxoide tetánico			

ANEXO C
CUATRO DEMORAS
PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

Demora 1 (demora en reconocer el problema)

- Habilidad de la embarazada y su familia para reconocer complicaciones
- Falta de conocimiento de los factores de riesgo
- Falta de conocimiento de los derechos como usuaria
- Falta de conocimiento de donde buscar ayuda
- Conocimiento acerca del ingreso oportuno al control prenatal
- Adherencia al control y manejos

Demora 2 (demora en decidir buscar ayuda)

- Debido a factores socioculturales
- Por facilidad y costo en el transporte y accesibilidad
- Reputación de los servicios de salud donde es atendida

Demora 3 (demora en llegar a la institución de atención)

- Por circunstancias geográficas o de orden publico
- Inconvenientes con la disponibilidad y eficiencia en el transporte
- Barreras administrativas relacionadas con la afiliación
- Por factores económicos que dificultan el transporte

Demora 4 (demora en recibir un tratamiento adecuado en la institución)

- Por dificultad administrativa para acceder a los servicios
- No identificación o seguimiento adecuado del riesgo biopsicosocial
- Por un diagnostico no acertado

- Tratamientos médicos inadecuados e inoportunos
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento
- Personal insuficiente. Entrenamiento del personal
- Falta de oportunidad para la atención (urgencias, interconsultas y procedimientos)
- Deficiencias en los servicios de apoyo diagnóstico.
- Deficiencia en la calidad de la historia clínica
- Actividades de P y P inexistentes o ineficientes
- Humanización del servicio
- Capacidad Instalada (infraestructura)

ANEXO D

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE LA GESTANTE

Según las estrategias IAMI- AIEPI existen 3 posibles clasificaciones del riesgo durante la gestación:

- Gestación con Riesgo Inminente
- Gestación de Alto Riesgo
- Gestación de Bajo Riesgo

GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE

Evaluar

Uno de los siguientes:

- Embarazo mayores 41 semanas.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Enfermedad sistémica severa.
- Infección urinaria con fiebre.
- Diabetes no controlada.
- Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa.
- Palidez palmar severa y/o Hb <7 g/dl.
- Edema en cara, manos y piernas.
- RPM antes de las 37 semanas.

Clasificar

Gestación con Riesgo Inminente

Tratamiento

- Referir URGENTEMENTE al hospital.
- Tratar hipertensión.
- Si RPM administrar primera dosis de eritromicina VO 250 mg ampicilina.

GESTACIÓN DE ALTO RIESGO

Evaluar

Uno de los siguientes:

- Menor de 20 años o mayor de 35 años.
- Primigesta o gran multípara.
- Periodo entre embarazos menores de 2 años.
- Sin control prenatal.
- Altura uterina no correlacionada con la edad Gestacional.
- Antecedentes de hijos prematuros bajo peso o malformado.
- Antecedentes de aborto habitual, muerte fetal o neonatal temprana.
- Enfermedad sistémica controlada.
- Infección urinaria sin fiebre.
- Diabetes controlada.
- Hipertensión controlada.
- Palidez palmar y/o Hb ≥ 7 y <12 g/dl.
- Flujo vaginal refractario.
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Antecedentes de violencia o maltrato
- Ingesta de drogas teratogénicas.
- IMC < 20 o > 30 .
- Gestación múltiple.
- Problemas bucales o periodontales.
- Sin inmunización con Toxoide Tetánico.

Clasificar

Gestación con Riesgo Alto.

Tratamiento

- Referir para consulta por especialista.
- Si embarazo múltiple: Referir antes de la 30 SG.

- Si VDRL o prueba no treponémica positiva iniciar tratamiento con Penicilina Benzatínica.
- Si es VIH (+) consultar protocolo y referir a especialista.
- Recomendar a la madre que continúe tratamiento instituido.
- Administrar hierro, ácido fólico y multivitaminas
- Si antecedente de hipertensión suministrar suplemento de calcio y aspirina 100 mg/día
- Administrar toxoide tetánico
- En zonas de alta prevalencia administrar Albendazol en 2° o 3er trimestre
- Brindar asesoría para VIH, SIDA, ITS.
- Determinar fecha para próxima consulta según norma.
- Aconsejar sobre nutrición, cuidados del embarazo y sobre lactancia materna.
- Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato.
- Planificar con la familia la referencia antes del parto
- Aconsejar sobre estímulos y cuidados sobre el bebe
- Aconsejar sobre salud bucal y referir a odontología

GESTACIÓN DE BAJO RIESGO

Evaluar

Gestación sin riesgo inminente ni alto riesgo.

Clasificar

Gestación con Riesgo bajo.

Tratamiento

- Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato.
- Planificar con la familia la referencia antes del parto.
- Seguimiento hasta concluir la gestación según normas.
- Administrar hierro, ácido fólico y multivitaminas
- Aconsejar sobre nutrición, cuidados del embarazo y sobre lactancia materna, puerperio y recién nacido.

- Administrar toxoide tetánico
- Brindar asesoría para VIH – SIDA
- En zonas de alta prevalencia administrar Albendazol en 2° o 3er trimestre de gestación
- Educar sobre salud bucal y referir a odontología.